

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
Istanza di nuovo accreditamento, di riduzione, di riconversione o di ampliamento
dell'accREDITamento (L.R. n. 4/2003 e s.m.i.; R.R. n. 20/2019 e s.m.i.)

Bollo (16,00 euro)
o Bollo Virtuale¹

Al Direttore della Direzione
“Salute e integrazione Socio Sanitaria”

REGIONE LAZIO

PEC: autorizzazione-accREDITamento@pec.regione.lazio.it

PEC: reteospedaliera@pec.regione.lazio.it

PEC: reteterritorio@pec.regione.lazio.it

__1__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____
 (__) il __/__/____ e residente in _____ (__) CAP _____,
 Via/P.zza _____, codice fiscale _____,
 Tel. _____, E-mail _____,
 Pec _____, in qualità di rappresentante legale del
 soggetto giuridico² _____,
 con sede legale in _____ (__) CAP _____, Via/P.zza
 _____, n. ____, P. IVA: _____,
 costituita con atto notarile Rep. nr. _____ del __/__/____ a rogito del notaio Dott.
 _____, gestore della sottoscritta struttura denominata:
 _____, sita in _____,
 (__), CAP _____, Via/P.zza _____,
 n. ____/__, ASL di appartenenza _____, Distretto sanitario _____,
 che esercita attività di:

- a) ☐ ricovero ospedaliero in acuzie a ciclo continuativo e/o diurno;
- b) ☐ ricovero ospedaliero in post – acuzie a ciclo continuativo e/o diurno;
- c) ☐ assistenza specialistica ambulatoriale _____;
- d) ☐ dialisi (presidio) _____;
- e) ☐ chirurgia ambulatoriale (presidio) _____;
- f) ☐ assistenza territoriale extra-ospedaliera in regime residenziale e/o semiresidenziale e/o

¹ Forfettaria anche per istanze telematiche o una ogni 4 fogli se cartacea o “bollo virtuale” di cui all’art. 15 del d.P.R. n. 642/1972; assolvibile anche con F24 (codice tributo 2501).

² La dichiarazione deve essere resa dal legale rappresentante o da ciascun legale rappresentante, se più di uno.

- ambulatoriale e/domiciliare di _____;
- g) ☐ stabilimento termale _____;
- h) ☐ assistenza domiciliare integrata (ADI) _____;

IN POSSESSO

del seguente titolo abilitante all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria³:

- ☐ **Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/socio-sanitaria**, ai sensi dell'art. 8-ter, commi 1 e 2, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciata con ⁴:
- ☐ Deliberazione della Giunta Regionale n. _____ del ____/____/____;
 - ☐ Determina del Direttore n. _____ del ____/____/____;
 - ☐ Decreto del Commissario *ad acta* (per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del ____/____/____);
 - ☐ Altro⁵: precisare se il soggetto è autorizzato ed in virtù di quale provvedimento _____ n. _____ del ____/____/____;
- ☐ **Accreditamento con il SSR**, ai sensi dell'art. 8 quater del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con ⁶:
- ☐ Decreto del Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. _____ del ____/____/____;
 - ☐ Delibera di Giunta Regionale n. _____ del ____/____/____;

Ai sensi dell'art. 8-*quater*, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.

FA ISTANZA DI ⁷:

- ☐ NUOVO ACCREDITAMENTO
- ☐ RIDUZIONE ACCREDITAMENTO ESISTENTE
- ☐ AMPLIAMENTO ACCREDITAMENTO ESISTENTE;
- ☐ RICONVERSIONE DELL'ACCREDITAMENTO

RELATIVAMENTE ALLA SOTTOINDICATA STRUTTURA

denominazione: _____

sita in _____

CAP _____ via/piazza _____,

tel. _____, PEC _____

ASL territorialmente competente _____,

Distretto _____, codice struttura ⁸ _____

³ Barrare la casella interessata.

⁴ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

⁵ Specificare.

⁶ Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

⁷ Barrare solo la casella interessata.

⁸ Se già accreditata.

PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ SANITARIE O SOCIO-SANITARIE ⁹:

☐ Attività di **assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi compresa diagnostica strumentale e di laboratorio** nelle branche sotto-specificate:

Codice branca specialistica	Descrizione branca specialistica	Istanza
00	Laboratorio Analisi - Radioimmunologia	
05	Chirurgia vascolare - Angiologia	
08	Cardiologia	
09	Chirurgia generale	
12	Chirurgia Plastica	
15	Medicina dello sport	
19	Endocrinologia	
29	Nefrologia (escluso dialisi)	
30	Neurochirurgia	
32	Neurologia	
34	Oculistica	
35	Odontostomatologia – Chirurgia maxillo – facciale	
36	Ortopedia e Traumatologia	
37	Ostetricia e Ginecologia	
38	Otorinolaringoiatria	
40	Psichiatria	
43	Urologia	
52	Dermosifilopatia	
56	Medicina Fisica	
	Con recupero e riabilitazione funzionale	
58	Gastroenterologia	
61	Medicina nucleare	
61 a	Medicina nucleare con Pet	
64	Oncologia	
68	Pneumologia	
69	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica	
69 a	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica con Tc	
69 b	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica con Ecografia	
69 c	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica con altre prestazioni diagnostiche	
79	Risonanza magnetica	
82	Anestesia	
99 a	Reumatologia	
99 b	Infettivologia	
99 c	Geriatrics	
99 d	Genetica Medica	
99 e	Pediatria	

⁹ Barrare una o più delle caselle interessate.

ALTRO: _____

☐ Presidio di dialisi (specificare tipologia):

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA ¹⁰

Nella sua qualità di legale rappresentante:

- a) che la struttura sanitaria/socio-sanitaria possiede i requisiti minimi di cui all'art. 5, comma 1, lettera a), della legge regionale n. 4/2003 e s.m.i. vigenti alla data di redazione della presente (DCA 8/2011 e s.m.i.);
- b) che la struttura sanitaria/socio-sanitaria possiede i requisiti ulteriori di cui all'art. 13, comma 1, della legge regionale n. 4/2003 e s.m.i., vigenti alla data di redazione della presente (DCA 469/2017, DCA 282/2017 - Riordino della materia trasfusionale e requisiti di accreditamento);
- c) la piena interoperabilità dei sistemi di prenotazione e di accesso alle prestazioni sanitarie in uso alla struttura sanitaria/sociosanitaria sopra indicata con il sistema CUP della Regione Lazio entro 60 giorni dalla notifica dell'eventuale provvedimento di accreditamento, nonché la piena disponibilità delle agende relative alle prestazioni accreditate sullo stesso sistema ReCup entro 30 giorni dalla notifica dell'eventuale provvedimento di assegnazione del budget, in attuazione ed in conformità di quanto disposto dall'art. 3, comma 3, del Decreto-Legge del 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni in Legge il 29 luglio 2024, n.107, nonché provvedimenti regionali intervenuti in materia;
- d) che la struttura, sulla base della propria dotazione tecnologica e organizzativa, è in grado di assicurare la seguente capacità produttiva massima annuale da destinare al SSR riportata nell'Allegato A al presente (file *excel* denominato "**Allegato A – Dichiarazione capacità produttiva**", debitamente compilato in ogni sezione e campo, indicando per ciascuna branca selezionata (codice "*branca*" e "*descrizione*"), il numero massimo di prestazioni/anno ("*Capacità produttiva massima volume/anno*") ed il totale delle ore/anno eventualmente necessarie allo svolgimento delle relative attività ("*Totale Ore potenziali attività su base annua*");

¹⁰ La dichiarazione va resa da:

- titolare se si tratta di impresa individuale;
- socio se si tratta di società in nome collettivo;
- tutti i soci accomandatari se si tratta di società in accomandita semplice;
- tutti i membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi institori e procuratori generali;
- membri degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;
- socio unico persona fisica;
- socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio.

- e) che la struttura è in grado di assicurare almeno il 70% del volume medio di prestazioni identificato nella propria macroarea territoriale di afferenza (Area metropolitana, Area Provincia di Roma e Aree Province del Lazio) come riportato nell'Allegato 2 approvato con DGR n. 1343/2025;
- f) nel caso di attività diagnostiche, di essere in possesso della dotazione tecnologica conforme alle disposizioni legislative e alle indicazioni ministeriali *ratione temporis* vigenti nonché alle specifiche indicazioni di cui al documento tecnico denominato “*Caratteristiche minime di qualità delle apparecchiature radiologiche*”, approvato con DGR n. 612/2025;
- g) che nei propri confronti, nei confronti del direttore sanitario e nei confronti dell'impresa non sussistono cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.;
- h) che nei propri confronti ovvero nei confronti dell'impresa o dei titolari di quote di maggioranza, o del direttore sanitario non è stata pronunciata sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, per situazioni direttamente connesse all'attività sanitaria o socio sanitaria svolta;
- i) che né la propria persona né la società né il direttore sanitario sono stati sottoposti a sanzioni penali per violazione della legislazione in materia di assistenza e previdenza sociale, con provvedimento definitivo;
- j) che nei propri confronti, nei confronti degli altri amministratori e/o dei legali rappresentanti e del direttore sanitario non sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i. o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto ¹¹;
- k) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità, anche, ai sensi dell'art. 53, comma 16 *ter*, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. nonché ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. n. 412/1991 da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni;

SI IMPEGNA

a fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti per l'accREDITAMENTO delle attività/prestazioni richieste.

AUTORIZZA

Ai fini del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

Allega copia documento di identità in corso di validità, che dichiara essere conforme all'originale in suo possesso.

_____, _____/_____/_____
(luogo) (data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

¹¹ La dichiarazione deve essere resa dagli stessi soggetti individuati alla nota 10. Resta fermo quanto previsto dagli articoli 88, comma 4-bis, e 92, commi 2 e 3, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, con riferimento rispettivamente alle comunicazioni antimafia e alle informazioni antimafia.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del Trattamento: Regione Lazio (Direzione regionale salute)

Indirizzo: Via R. Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma

mail/PEC: autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it

Finalità del trattamento: il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento: i dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati: i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art.71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende sanitarie.

Responsabile del trattamento: funzionario responsabile del procedimento e dirigente.

Diritti: l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali o di adire le opportune sedi giudiziarie (rispettivamente ai sensi degli artt. 77 e 79 GDPR). Ha inoltre, il diritto alla portabilità dei dati, alla cancellazione dei dati, all'opposizione ed a limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte alla Regione Lazio.

Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail:

autorizzazione-accreditamento@pec.regione.lazio.it

Periodo di conservazione dei dati: i dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella).

_____, ____/____/_____
(luogo) (data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE