

**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 Virtuale<sup>1</sup>

**Al Direttore della Direzione**  
**“Salute e integrazione Socio Sanitaria”**

**REGIONE LAZIO**

PEC: [autorizzazione-accREDITamento@pec.regione.lazio.it](mailto:autorizzazione-accREDITamento@pec.regione.lazio.it)

PEC: [reteospedaliera@pec.regione.lazio.it](mailto:reteospedaliera@pec.regione.lazio.it)

PEC: [reteterritorio@pec.regione.lazio.it](mailto:reteterritorio@pec.regione.lazio.it)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ nat\_\_ a \_\_  
 (\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_ e residente in \_\_ (\_\_) CAP \_\_,  
 Via/P.zza \_\_, codice fiscale \_\_,  
 Tel. \_\_, E-mail \_\_,  
 Pec \_\_, in qualità di rappresentante legale del  
 soggetto giuridico<sup>2</sup> \_\_,  
 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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-sanitaria<sup>3</sup>:

- ☐ **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<sup>4</sup>:
- ☐ 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_);
  - ☐ Altro<sup>5</sup>: 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 <sup>6</sup>:
- ☐ 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 <sup>7</sup>:

- ☐ 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 \_\_\_\_\_,

<sup>3</sup> Barrare la casella interessata.

<sup>4</sup> Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

<sup>5</sup> Specificare.

<sup>6</sup> Annerire o barrare il cerchietto interessato e compilare.

<sup>7</sup> Barrare solo la casella interessata.

Distretto \_\_\_\_\_, codice struttura<sup>8</sup> \_\_\_\_\_.

**PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ SANITARIE O SOCIO-SANITARIE <sup>9</sup>:**

☐ Attività di **ricovero ospedaliero in acuzie e/o post acuzie a ciclo continuativo e/o diurno** per le discipline di:

<b>Codice disciplina ospedaliera</b>	<b>Descrizione disciplina ospedaliera</b>	<b>Ordinario PL</b>	<b>Diurno PL</b>
01	Allergologia		
02	Day Hospital Multispecialistico		
05	Angiologia		
06	Cardiochirurgia pediatrica		
07	Cardiochirurgia		
08	Cardiologia		
09	Chirurgia generale		
10	Chirurgia maxillo facciale		
11	Chirurgia pediatrica		
12	Chirurgia plastica		
13	Chirurgia toracica		
14	Chirurgia vascolare		
15	Medicina sportiva		
18	Ematologia		
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione		
20	Immunologia		
21	Geriatrica		
24	Malattie infettive e tropicali		
25	Medicina del lavoro		
26	Medicina generale		
27	Medicina legale		
28	Unità spinale		
29	Nefrologia		
30	Neurochirurgia		
31	Nido		
32	Neurologia		
33	Neuropsichiatria infantile		
34	Oculistica		
35	Odontoiatria e stomatologia		
36	Ortopedia e Traumatologia		
37	Ostetricia e Ginecologia		
38	Otorinolaringoiatria		

<sup>8</sup> Se già accreditata.

<sup>9</sup> Barrare una o più delle caselle, purché interessate.

Codice disciplina ospedaliera	Descrizione disciplina ospedaliera	Ordinario PL	Diurno PL
39	Pediatria		
40	Psichiatria		
41	Medicina termale		
43	Urologia		
46	Grandi ustioni pediatriche		
47	Grandi ustioni		
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)		
49	Terapia intensiva		
50	Unità coronarica - UTIC		
51	Medicina d'urgenza		
52	Dermatologia		
54	Emodialisi		
56	Recupero e riabilitazione funzionale		
57	Fisiopatologia della riproduzione umana		
58	Gastroenterologia		
60	Lungodegenti		
61	Medicina nucleare		
62	Neonatologia		
64	Oncologia		
65	Oncoematologia pediatrica		
66	Oncoematologia		
68	Pneumologia		
70	Radioterapia		
71	Reumatologia		
73	Terapia intensiva neonatale		
74	Radioterapia oncologica		
75	Neuro - riabilitazione		
76	Neurochirurgia pediatrica		
77	Nefrologia pediatrica		
78	Urologia pediatrica		
94	Terapia semi-intensiva		
96	Terapia del dolore		
97	Detenuti		
98	Day surgery multispecialistico		

ALTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Attività di **assistenza territoriale extra-ospedaliera**:

Tipologia assistenziale	Regime assistenziale	Setting assistenziale	Posti\Accessi/ Trattamenti
Assistenza di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento	Residenziale	Intensivo	
		Estensivo	
		Socioriabilitativo elevato impegno	
		Socioriabilitativo moderato impegno	
	Semiresidenziale	Estensivo	
		Socioriabilitativo	
	Ambulatoriale	Ambulatoriale	
	Domiciliare	Domiciliare	
Assistenza per persone con disturbo della salute mentale	Residenziale	Trattamenti Terapeutico riabilitativi a carattere intensivo	
		Trattamenti Terapeutico riabilitativi a carattere intensivo per adolescenti	
		Trattamento per il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione adulti	
		Trattamento per il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione minori	
		Trattamenti Terapeutico riabilitativi a carattere estensivo	
		Trattamenti Terapeutico riabilitativi a carattere estensivo per adolescenti	
		Socioriabilitativo 24h	
		Socioriabilitativo 12h	
		Socioriabilitativo gruppo appartamento	
	Semiresidenziale	Trattamenti Terapeutico riabilitativi per adulti	
		Trattamenti Terapeutico riabilitativi per adolescenti	
		Trattamenti Terapeutico riabilitativi per persone con disturbo dell'alimentazione e nutrizione	
Prestazioni rivolte a persone non autosufficienti anche anziane	Residenziale	Intensivo	
		Estensivo	
		Estensivo per disturbi cognitivo comportamentali gravi	
		Mantenimento A	
		Mantenimento B	
	Semiresidenziale	Estensivo per disturbi cognitivo comportamentali gravi	
		Mantenimento	
Hospice	Residenziale	Cure Palliative adulti	
		Cure Palliative minori	
	Domiciliare	Cure Palliative adulti	
	Diurno (DH)	Cure Palliative minori	

☐ In caso di presentazione di istanza di accreditamento per l'assistenza di *riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento*, nonché per le *prestazioni rivolte a persone non autosufficienti anche anziane*, indicare se la struttura è già accreditata per altri setting assistenziali appartenenti al medesimo regime assistenziale residenziale, specificandone il relativo setting:

---



---



---



---



---

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<sup>10</sup>**

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; DCA 283/2017 - Riordino dell'Assistenza domiciliare e requisiti di accreditamento);
- c) che nei propri confronti, nei confronti del direttore sanitario e nei confronti dell'impresa non sussistano cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D. Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.;
- d) 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 sociosanitaria svolta;
- e) 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;
- f) 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;<sup>11</sup>
- g) 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

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.

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

### 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](mailto: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, 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](mailto: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