 <p>Regione Lombardia ASL Lodi</p> <p>Piazza Ospitale 10 26900 Lodi</p>	<p>MODULO</p> <p>RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE</p>	<p>M 35 /P11 Rev.3</p> <p>Data 01/02/11</p> <p>Pagina 1 di 4</p>
---	---	--

**All'USS Dipartimentale
Accreditamento Qualità Controllo
Attività socio sanitarie
Direzione Sociale
Piazza Ospitale, 10
26900 LODI**

Il sottoscritto..... Legale Rappresentante di

Indirizzo.....

Città.....cap.....

Tel.....e-mail.....


CHIEDE

Di essere accreditato per l'erogazione delle prestazioni domiciliari socio-sanitarie integrate:

- prestazioni infermieristiche
- prestazioni riabilitative
- prestazioni mediche specialistiche
- prestazioni di aiuto infermieristico

per i seguenti profili e secondo quanto indicato nel patto di accreditamento:

- 1° profilo di voucher/ credit (Euro 362,00);
- 2° profilo di voucher/ credit (Euro 464,00);
- 3° profilo di voucher / credit (Euro 619,00);
- Credit (da € 250,00 ad € 330,00);
- Minicredit (da € 60,00 a € 240,00).


 <p>Regione Lombardia</p> <p>ASL Lodi</p> <p>ASL di Lodi Piazza Ospitale 10 26900 Lodi</p>	<p>MODULO</p> <p>RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE</p>	<p>M 35 /P11 Rev.2</p> <p>Data 26/11/10</p> <p>Pagina 2 di 4</p>
--	---	--

DICHIARA

- di non aver riportato condanna definitiva (compresa la sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art.444 cpp) per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale;
- di non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità di offerta del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale;
- di non essere incorso nell'applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
- di non avere provocato, per fatti imputabili a colpa del soggetto gestore, accertata giudizialmente, la risoluzione dei contratti di accreditamento, stipulati negli ultimi dieci anni per la gestione della medesima unità di offerta;
- di non essere soggetto rientrante nelle altre fattispecie previste dall'art. 38 del decreto legislativo n. 163/2006;
- Il titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede l'unità di offerta e che sia compatibile con la destinazione d'uso dello stesso.....(specificare);
- Di non essere sottoposto a procedimento fallimentare;
- che la ha il seguente scopo sociale
- che laopera nel settore specifico della tipologia di attività da accreditare dal.....
- che tutte le prestazioni domiciliari sociosanitarie integrate sono svolte da personale professionalmente qualificato;
- di accettare la sottoscrizione del "patto di accreditamento" con l'Asl di Lodi per l'erogazione delle prestazioni domiciliari sociosanitarie integrate.

In fede

Il Legale Rappresentante

 <p>Regione Lombardia</p> <p>ASL Lodi</p> <p>ASL di Lodi Piazza Ospitale 10 26900 Lodi</p>	<p>MODULO</p> <p>RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE</p>	<p>M 35 /P11 Rev.2</p> <hr/> <p>Data 26/11/10</p> <p>Pagina 3 di 4</p>
--	--	--

In allegato:

- Scheda identificativa dell'ente
- Statuto o Documento relativo alla Politica, obiettivi ed attività dell'Ente
- Certificato penale del legale rappresentante rilasciato in data non anteriore ai tre mesi
- Elenco degli operatori, con relativa qualifica professionale, tipologia contrattuale, copia titoli di studio e iscrizione all'albo laddove richiesto
- Documento relativo alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e protocolli assistenziali, materiale informativo.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma, è esente da imposta da bollo e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono



Regione
Lombardia

ASL Lodi

ASL di Lodi
Piazza Ospitale 10
26900 Lodi

MODULO

M 35 /P11 Rev.2

Data 26/11/10

Pagina 4 di 4

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER
L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
DOMICILIARI SOCIO-SANITARIE INTEGRATE**

SCHEDA IDENTIFICATIVA DELL'ENTE

Denominazione

P. IVA/C.F.

Eventuale sito Web

Sede Legale: Via Comune..... Prov...

Tel..... Fax..... e-mail.....

Sede Operativa: Via Comune Prov.....

Tel..... Fax..... e-mail.....

Apertura al pubblico nei giorni.....

Dalle ore alle ore.....

Responsabile qualifica professionale.....

Eventuali altre sedi

.....

RESPONSABILI/COORDINATORI	NOME E COGNOME	TELEFONO
Medico		
Amministrativo/contabile		
Infermieristico		
Terapista della riabilitazione		
Ausiliario socio-assistenziale		

Data

Il legale Rappresentante
