DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE UMBRIA

Istruzioni per il pagamento dell'imposta di bollo:
per assolvere l'imposta scaricare e utilizzare il modulo "Pagamento dell'Imposta di Bollo"
e inviarlo firmato digitalmente unitamente alla presente istanza integralmente compilata alla PEC
direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

Codice identificativo della Marca da Bollo:

_____

Al Servizio
Programmazione dell'assistenza ospedaliera.
Accreditamento.
Autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie.
Valutazione di qualità

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Provincia _____ Il _____ Cod Fisc _____

residente nel Comune di _____ Provincia _____

in via/località _____ n. _____ cap _____

Telefono cellulare _____ Telefono fisso _____

e-mail _____

In qualità di ◯ **TITOLARE** ◯ **LEGALE RAPPRESENTANTE**

della ◯ **Società** ◯ **Ente** ◯ **Azienda** ◯ **Studio Professionale** ◯ **PUBBLICA** ◯ **PRIVATA**

Denominata (indicare denominazione della struttura)

_____

Codice Univoco Azienda _____ P.iva _____ C.F. _____

con sede nel Comune di _____ Provincia _____

in via/località _____ n. _____ cap _____

Telefono fisso _____ Fax _____

e-mail _____

PEC _____

Altro domicilio elettronico _____

☐ Il sottoscrittore è informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali), che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

PRESENTA

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE e al tal fine RICHIEDE lo svolgimento di un:

◯ **audit preliminare (facoltativo)** ◯ **audit di accreditamento** ◯ **audit estensione** ◯ **audit mantenimento**

Per la Struttura

Codice Univoco Struttura | Codice REGIONE | Codice ENTE

Denominazione Struttura

C.F. | P.iva

con sede nel Comune di | Provincia | Regione

in via/località | n. | cap

Azienda telefono | Azienda fax

e-mail

PEC

USL

con Autorizzazione all'Esercizio n. | del | Allegati

MEDICO RESPONSABILE

Cognome | Nome

Cod Fisc | Qualifica

e-mail

PERSONA CHE ASSICURA I CONTATTI CON il SERVIZIO REGIONALE competente in materia di accreditamento istituzionale:

Cognome | Nome

Funzione

Cellulare | Telefono fisso | Fax

e-mail

AREA

Specialità

Area

Regime

Unità Operativa

Denominazione Unità Operativa

Note aggiuntive

Il Sottoscritto

inoltre in qualità di titolare/legale rappresentante ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

- ☐ **1.** di essere in possesso delle autorizzazioni necessarie allo svolgimento dell'attività oggetto della presente domanda;
- ☐ **2.** che sussistono tutti i presupposti e i requisiti prescritti dalle leggi vigenti per l'esercizio dell'attività oggetto della presente domanda;
- ☐ **3.** di essere in possesso dei requisiti morali e professionali necessari per lo svolgimento dell'attività oggetto presente domanda;
- ☐ **4.** che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 della vigente normativa antimafia (D,.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.);
- ☐ **5.** di essere informato, ai sensi, della vigente normativa a tutela della privacy;

e si IMPEGNA, in nome della Struttura:

- ☐ **6.** ad osservare i requisiti e le prescrizioni del vigente **REGOLAMENTO** per **l'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Pubbliche e Private della REGIONE UMBRIA**, compreso gli allegati allo stesso;
- ☐ **7.** a corrispondere gli oneri di accreditamento nel rispetto del tariffario per l'accreditamento istituzionale;
- ☐ **8.** a fornire tutto il supporto necessario per la conduzione delle attività previste, inclusa la messa a disposizione della documentazione necessaria allo svolgimento delle varie fasi;

In particolare, con riferimento agli audit in campo per la verifica del possesso e del successivo mantenimento dei requisiti ulteriori di qualificazione Allegato B "requisiti generali" e Allegato C "requisiti specifici", il sottoscritto si impegna, in nome della Struttura:

- ☐ **9.** a consentire il corretto svolgimento delle attività di verifica nei tempi, nei modi e nei contenuti indicati nelle notifiche ufficiali;
- ☐ **10.** a designare un proprio Rappresentante come interlocutore principale del Gruppo di Audit e far svolgere ad eventuali consulenti presenti durante l'Audit il ruolo di osservatore;
- ☐ **11.** a fornire il supporto necessario per la conduzione delle valutazioni e garantire la presenza del personale responsabile delle attività verificate, assegnando a rappresentanti della struttura stessa il compito di dare il necessario supporto ai componenti del Gruppo di Audit;
- ☐ **12.** a consentire l'accesso a tutti i luoghi inerenti l'attività della Struttura da sottoporre a verifica e alla documentazione pertinente, incluse le registrazioni relative ai contratti con utenti e gli stati di avanzamento di programmi di attività;
- ☐ **13.** a rendere disponibile all'OTAR la documentazione ritenuta necessaria per l'espletamento delle attività di audit;
- ☐ **14.** a consentire interviste non presidiate del personale coinvolto nelle suddette attività;
- ☐ **15.** a segnalare all'OAIA ogni variazione strutturale, tecnologica ed organizzativa apportata successivamente all'ottenimento dell'Accreditamento Istituzionale con impatto sui criteri che ne hanno determinato la concessione.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

in _____ Data _____ _____

FIRMATO DIGITALMENTE

Inviare il presente modulo compilato e firmato digitalmente, unitamente alla dichiarazione di pagamento dell'Imposta di Bollo all'indirizzo PEC **direzionesanita.regione@postacert.umbria.it**

Informativa sul trattamento dei dati personali per il caso di dati raccolti direttamente presso l'interessato ai sensi dell'art. 13 Reg. (UE) 2016/679
Gentile utente,
ai sensi dell'articolo 13 del Reg. (UE) 2016/679 del 27/04/2016 "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali", in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.
1. Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento e del legale rappresentante (art. 13, par. 1, lett. a) Reg. (UE) 2016/679)
Titolare del trattamento dei dati è la Regione Umbria, con Sede: Corso Vannucci 96 – 06121 Perugia, Email: infogiunta@regione.umbria.it, PEC: regione.giunta@postacert.umbria.it, Centralino: +39 075 5041.
2. Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati (art. 13, par. 1, lett. b) Reg. (UE) 2016/679)
Il Titolare ha provveduto a nominare il Responsabile della protezione dei dati i cui contatti sono pubblicati nel Sito Web istituzionale www.regione.umbria.it/privacy1.
3. Modalità, base giuridica del trattamento dei dati (art. 13, par. 1, lett. c) Reg. (UE) 2016/679) e finalità del trattamento
La Regione Umbria, in qualità di titolare, tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente

informatiche. Il trattamento si fonda sulle seguenti basi giuridiche: esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di un potere pubblico
Il trattamento è svolto per le seguenti finalità: espletamento da parte della Regione di funzioni istituzionali in virtù di compiti attribuitigli dalla legge e dai regolamenti (istruttoria pratiche, esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico).
4. Obbligatorietà o facoltatività conferimento dati (art. 13, par. 2, lett. e) Reg. (UE) 2016/679)
Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco, dati necessari per l'evasione dell'istanza previsti da legge e/o regolamenti, è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di ottenere un determinato servizio/provvedimento. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura di inoltro dell'istanza.
5. Eventuali destinatari o le eventuali categorie di destinatari dei dati personali (art. 13, par. 1, lett. e) Reg. (UE) 2016/679)
All'interno dell'Amministrazione i dati saranno trattati dal personale e da collaboratori del Servizio titolare del procedimento.
All'esterno dell'Amministrazione i dati verranno trattati da soggetti espressamente nominati come responsabili esterni del trattamento, i cui dati identificativi sono conoscibili tramite richiesta da avanzare al Responsabile per i Dati Personali. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.
6. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra Ue o a Organizzazioni internazionali (art. 13, par. 1, lett. f) Reg. (UE) 2016/679)
I dati non sono oggetto di trasferimento all'estero.
7. Periodo di conservazione dei dati personali (art. 13, par. 2, lett. a) Reg. (UE) 2016/679)
I dati saranno trattati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti, ovvero per i tempi previsti da specifiche normative.
8. Diritti dell'interessato (art. 13, par. 2, lett. b) e d) Reg. (UE) 2016/679)
Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD).
L'apposita istanza alla Regione Umbria è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso la Regione Umbria (Regione Umbria/Giunta regionale - Responsabile della Protezione dei dati personali, Corso Vannucci 96 – 06121 Perugia, email: dpo@regione.umbria.it).