

# MODELLO DI CONFERMA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO

ai sensi della DGR 1638/2024, allegato 1, paragrafo 5

*Esente da imposta di bollo*

Al Soggetto Istituzionale Competente per  
l'ambito distrettuale alla concessione  
dell'accREDITAMENTO del Comune di Modena

## OGGETTO: Domanda di accreditamento sociosanitario - Integrazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante di

(indicare la denominazione dell'ente /azienda, sede legale. P.I. e Codice Fiscale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

soggetto gestore del servizio (indicare la denominazione del servizio per il quale si chiede l'accREDITAMENTO)

\_\_\_\_\_

con sede in (indicare: la sede in cui si svolge il servizio - per il servizio di assistenza domiciliare indicare la sede operativa - l'indirizzo, il recapito telefonico della sede, l'indirizzo email e l'indirizzo PEC) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

presso un immobile in disponibilità in virtù di un titolo di (indicare la tipologia di titolo: es. titolo di proprietà, di locazione ecc. Nel caso non si sia proprietari, specificare il soggetto proprietario e la scadenza del titolo in virtù del quale si dispone dell'immobile) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

quale soggetto gestore del servizio \_\_\_\_\_

(indicare solo uno tra casa-residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno assistenziale per anziani, assistenza domiciliare, centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili)

Accreditato ai sensi della DGR 514/2009, con atto rilasciato da *(indicare il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale alla concessione dell'accreditamento, es. Comune, Unione di Comuni ecc.)*

---

Non accreditato ai sensi della DGR 514/2009

### CHIEDE

Il rilascio dell'accreditamento così come precedentemente indicato nella domanda inviata in data\_\_\_\_\_.

**A tal fine sottoscrive la seguente dichiarazione integrativa:**

Dichiara di accettare espressamente le condizioni apposte all'art. 7 dell'avviso in merito alla durata, con particolare riferimento alla clausola che prevede la revoca anticipata dell'accreditamento in caso di emanazione di normative nazionali e/o regionali di riforma del sistema di accreditamento dei servizi sanitari e/o socio-sanitari, previste dall'art. 36, co. 1 della L. 193/2024, che stabiliscano requisiti, modelli di funzionamento, condizioni di finanziamento, termini, procedure o altri aspetti significativi incompatibili con i contratti in essere.

Data \_\_\_\_\_

Firma/e

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_