



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA  
**Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento**  
 Partita IVA – Codice Fiscale : 02570930848  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**U.O. Accreditamento Istituzionale**

Viale della Vittoria n.321 Agrigento –tel fax 0922/407181- E-mail: [dp.accreditamento@aspag.it](mailto:dp.accreditamento@aspag.it)

Prot. n.

**Al Legale Rappresentante della Struttura**

-----  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Oggetto: Accreditamento Istituzionale – verifica possesso/permanenza requisiti.  
 Comunicazione avvio del procedimento**

In esito all’istanza presentata il ..... ed alla richiesta formulata dall’ Area interdipartimentale 5 DASOE acquisita al nostro prot. n. .... del ..... si comunica che il giorno .....sarà effettuata la visita ispettiva finalizzata alla verifica dei requisiti per l’accreditamento ai sensi dell’art. 4 del D.A. n. 463/2003, presso il/ i presidio/i sotto elencati:

Denominazione.....

Sede: Via ..... n ..... Città .....

Denominazione .....

Sede: Via ..... n. .... Città .....

Pertanto, si invita la S.V. a mettere a disposizione del personale che effettuerà la verifica copia della documentazione di cui all’ elenco allegato 8 mod. 3.1 bis) nonché originale della ricevuta del versamento previsto dal tariffario regionale di cui al allegato, al fine di procedere all’espletamento istruttorio della pratica, ed avrà cura di effettuare il versamento previsto dal D. A. 04.06.2004, (c/c n. .... intestato a ASP di ..... causale .....

..... di € . .....

Si precisa inoltre che, al momento della verifica dovranno essere presenti oltre al legale rappresentante o un suo delegato, il responsabile dell’attività sanitaria e le figure professionali di cui ai requisiti organizzativi generali e specifici del D.A. 890/02.

In occasione delle verifiche è necessaria la presenza di:

- Legale rappresentante o un suo delegato;
- Responsabile dell’attività sanitaria.

A conclusione della verifica sarà rilasciata copia della scheda di accesso.

Il rapporto di verifica sarà successivamente predisposto ed inoltrato al DASOE Area Interdipartimentale 5 accreditamento - Palermo ( D.A. 890/02 e s.m.i. )

La presente costituisce, ai sensi della L.R. 10/91 e s.m. i. , comunicazione di avvio del procedimento relativo alla pratica di cui all’oggetto.

Il Responsabile del procedimento è .....

Il rappresentante legale della struttura potrà prendere visione degli atti relativi al procedimento presso .....

Nei seguenti giorni ..... dalle ore ..... alle ore .....

**Il Responsabile delle Verifiche**

Dott. Calogero Di Benedetto

.....

**Il Responsabile dell’U.O. Accreditamento**

Dott. Ida Arnone

.....