

 <p><b>ASP AGRIGENTO</b></p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p align="center"><b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>  <b>U.O.S. Accreditamento Istituzionale</b>  dp.accreditamento@aspag.it</p>	<p align="center">riferimento pratica (prot. / anno / fascicolo)</p> <p align="center">...../...../.....</p>
--	--	--

<b>TIPO DI VERIFICA</b>	Possesso requisiti <input type="checkbox"/> Permanenza requisiti <input type="checkbox"/>		
<b>Dati relativi all'Azienda sottoposta a verifica</b>	Denominazione ed indirizzo Azienda (ragione sociale, sede legale) .....		
	Sede Presidio (sede operativa) .....		
	Attività da verificare .....tipologia individuata secondo la nomenclatura vigente.....		
Giorno della verifica .....			
Giorno	Attività Orario	Funzioni coinvolte durante la verifica	firma
	<b>Verifica documentazione richiesta</b>	Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Resp. Attività Sanitaria <input type="checkbox"/> Per l' U.O. Accreditamento <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....
	<b>Verifica requisiti strutturali</b>	Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Resp. Attività Sanitaria <input type="checkbox"/> Per l' U.O. Accreditamento <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....
	<b>Verifica requisiti organizzativi</b>	Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Resp. Attività Sanitaria <input type="checkbox"/> Per l' U.O. Accreditamento <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....
	<b>Verifica requisiti tecnologici / impiantistici</b>	Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Resp. Attività Sanitaria <input type="checkbox"/> Per l' U.O. Accreditamento <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... .....

