



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@aspg.it
[pec: dp.accreditamento@pec.aspag.it](mailto:dp.accreditamento@pec.aspag.it)

Prot. n.

All' Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologia
Servizio 1 " Accreditamento istituzionale"
Via Mario Vaccaro, 5
90145 Palermo

OGGETTO: Comunicazione esito verifica requisiti per l' accreditamento.

Con la presente si comunica l'esito del sopralluogo di verifica di cui al D.A. 890/02 e ss.mm.ii. ed alla normativa di settore :

Denominazione Struttura	Sede/i operative/i *	Data del sopralluogo

La struttura denominata _____ . è risultata **CONFORME** ai requisiti per L'accREDITamento di cui a: (indicare la normativa applicata)

- **D. A. 890/2002**
- _____
- _____
- _____

Il Responsabile delle Verifiche
Dott. Calogero Di Benedetto

Il Responsabile U.O. AccREDITamento
Dott.ssa Ida Arnone

(*) Elencare tutte le sedi operative (ad es: punti di accesso di un aggregato di laboratorio di analisi) indicando per ciascuna di esse la data in cui è stato effettuato il sopralluogo.