



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@aspaag.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
- _____
- _____
- _____

con riferimento ai seguenti requisiti e per le motivazioni indicate

Requisiti per i quali la struttura è risulta non conforme	Norma di riferimento	motivazione

Per quanto sopra si propone (cancellare le dizioni che non interessano)

- la sospensione dell'accREDITAMENTO
- la revoca dell'accREDITAMENTO
- il rigetto dell'istanza di accREDITAMENTO

Timbro dell' U.O. AccREDITAMENTO

Il Responsabile U.O. AccREDITAMENTO
