



**Comune di Fiorenzuola d'Arda**  
**Settore Servizi alla Persona e alla Famiglia**

**MODELLO DI DOMANDA DI ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO**  
**ai sensi della DGR 1638/2024, paragrafo 5 allegato 1**

Al Comune di Fiorenzuola  
(Soggetto Istituzionale Competente per il  
rilascio in ambito distrettuale dei provvedimenti  
di accreditamento dei servizi socio-sanitari)

**OGGETTO: Domanda di accreditamento sociosanitario**

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 persone con disabilità)*



**Comune di Fiorenzuola d'Arda**  
**Settore Servizi alla Persona e alla Famiglia**

<input type="checkbox"/>	Accreditato ai sensi della DGR 514/2009, con atto rilasciato da <i>(indicare il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale alla concessione dell'accreditamento, es. Comune, Unione di Comuni ecc.)</i>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Non accreditato ai sensi della DGR 514/2009
--------------------------	---

**CHIEDE**

Il rilascio dell'accreditamento del servizio sopra indicato, ai sensi della DGR 514/2009 e della DGR 1638/2024, per la seguente tipologia di servizio (*barrare la casella in corrispondenza del/i servizio/i in questione*):

<input type="checkbox"/>	casa-residenza per anziani non autosufficienti per _____ posti <i>(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)</i> , comprensivi della possibilità di:
<input type="checkbox"/>	inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009);
<input type="checkbox"/>	inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009);
<input type="checkbox"/>	un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE DGR 514/2009) per un numero di _____ posti;
<input type="checkbox"/>	un nucleo residenziale dedicato all'accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG DGR 514/2009) per un numero di _____ posti;
<input type="checkbox"/>	centro diurno assistenziale per anziani per n. _____ posti;
<input type="checkbox"/>	centro diurno assistenziale dedicato per demenze (allegato DF DGR 514/2009) per n. _____ posti;
<input type="checkbox"/>	assistenza domiciliare;
<input type="checkbox"/>	centro socio-riabilitativo semi-residenziale per persone con disabilità per n. _____ posti;

<input type="checkbox"/>	centro socio riabilitativo residenziale per disabili per n. _____ posti <i>(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)</i> , comprensivi della possibilità di:
<input type="checkbox"/>	un nucleo residenziale dedicato all'accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG DGR 514/2009) per un numero di _____ posti;
<input type="checkbox"/>	Inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009);
<input type="checkbox"/>	Inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009);



**Comune di Fiorenzuola d'Arda**  
**Settore Servizi alla Persona e alla Famiglia**

A tal fine e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445;

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

Sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

- che il servizio per il quale si richiede l'accreditamento è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento del servizio *(solo se l'autorizzazione è prevista dalla normativa vigente, da non compilare per l'assistenza domiciliare)* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in corso di validità *(citare estremi del provvedimento di rilascio autorizzazione)*  
rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- che il numero di posti per cui si richiede l'accreditamento coincide con il numero totale di posti autorizzati;

*oppure*

- che il numero di posti per cui si richiede l'accreditamento costituisce una unità organizzativa, assistenziale e strutturale autonoma;
- di assicurare la garanzia della responsabilità gestionale unitaria secondo quanto previsto dal paragrafo 4.2 dell'Allegato 1 della DGR 1638/2024 (in proposito si allega alla presente l'elenco del numero di operatori del servizio di che trattasi, per tipologia di rapporto - dipendenza diretta o dipendenza funzionale);
- di garantire ed impegnarsi a mantenere il rispetto dei requisiti di servizio di cui all'allegato D della DGR 514/2009 applicabili per il/i servizio/i per il/i quale/i si richiede l'accreditamento a decorrere dalla data del rilascio dell'accreditamento, e di garantire l'adeguamento ai requisiti di cui agli allegati dal n. 2 al n. 15 approvati dalla DGR 1638/2024, a decorrere dalla definizione del nuovo sistema di remunerazione ad essi correlato, con la gradualità e nei modi che verranno definiti, e l'accettazione della remunerazione che verrà per essi definita, pena la perdita dell'accreditamento e la risoluzione dell'eventuale correlato accordo contrattuale;
- di garantire ed impegnarsi a mantenere il rispetto dei requisiti soggettivi di cui al paragrafo 4.1 dell'allegato 1 della DGR 1638/2024;
- di prestare idonee garanzie, in particolare contro il rischio delle responsabilità civili per danni a



**Comune di Fiorenzuola d'Arda**  
**Settore Servizi alla Persona e alla Famiglia**

cose o a persone connessi all'attività svolta, mediante polizza assicurativa, secondo quanto previsto al paragrafo 4.1 dell'allegato 1 della DGR 1638/2024, *(indicare numero della polizza)*

\_\_\_\_\_, contratta con *(indicare compagnia assicurativa)* \_\_\_\_\_,

con decorrenza dal \_\_\_\_\_, scadenza al \_\_\_\_\_ e con i seguenti massimali

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

Data \_\_\_\_\_

Firma/e

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



**Comune di Fiorenzuola d'Arda**  
**Settore Servizi alla Persona e alla Famiglia**

**ALLEGATO 1 – ELENCO DEL PERSONALE PER TIPOLOGIA DI RAPPORTO**

Servizio \_\_\_\_\_

<b>Tipologia di operatore</b>	<b>N. di operatori</b>	<b>N. di operatori con rapporto di lavoro di dipendenza instaurato direttamente con il soggetto gestore</b>	<b>N. di operatori per cui sono attive altre forme che assicurano comunque la dipendenza funzionale dal soggetto gestore</b> <i>(specificare il numero di operatori, ad esempio, con rapporto di somministrazione, di comando da altro ente ecc.)</i>
OSS			
Educatore			
Animatore			
Coordinatore			
RAA			
RAS			
Fisioterapista			
Infermiere			

*Indicare il numero di operatori a tempo pieno equivalente (Full Time Equivalent)*