



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](mailto: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**

\_\_\_\_\_