Città, gg-mm-aaaa

Prot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spett.le** Struttura Sanitaria/Socio sanitaria

Sede legale: (via, cap; città)

**C. Att.ne**

e-mail:…………………………………………….

*e p.c.*

**Spett.le** Organismo Tecnicamente Accreditante (OTAR)

**RAGIONE SOCIALE**

**INDIRIZZO SEDE/CAP/CITTA’**

**C. Att.ne**

**recapiti**

**OGGETTO: ESITI ISTRUTTORIA AMMINISTRATIVA DELLA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO** ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE UMBRIA.

Egregio ,

La presente per comunicarvi che sulla base degli **esiti POSITIVI** dell’istruttoria amministrativa, condotta dalla scrivente, in relazione alla istanza di accreditamento di cui in oggetto da voi presentata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la domanda di accreditamento **è stata valutata ammissibile**.

Il vostro iter di accreditamento proseguirà pertanto con **l’analisi tecnica della vostra domanda ai fini della valutazione della correttezza, completezza ed esaustività delle** Check list compilate in autovalutazione Allegato B “requisiti generali” Allegato C “requisiti specifici”.

La fasi di **analisi tecnica, di cui sopra, e successiva valutazione in campo** sono state affidate, dalla scrivente, all’OTAR che provvederà a comunicarvi per iscritto gli esiti dell’analisi e le successive attività di pianificazione ed esecuzione dell’audit in campo.

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

(firma)

Città, gg-mm-aaaa

Prot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spett.le** Struttura Sanitaria/Socio sanitaria

Sede legale: (via, cap; città)

**C. Att.ne**

e-mail:…………………………………………….

*e p.c.*

**Spett.le** Organismo Tecnicamente Accreditante (OTAR)

**RAGIONE SOCIALE**

**INDIRIZZO SEDE/CAP/CITTA’**

**C. Att.ne**

**recapiti**

**OGGETTO: ESITI ISTRUTTORIA AMMINISTRATIVA DELLA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO** ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE UMBRIA.

Egregio ,

La presente per comunicarvi che sulla base degli **esiti NEGATIVI** dell’istruttoria documentale, condotta dalla scrivente, in relazione all’istanza di accreditamento di cui in oggetto da voi presentata/e in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la domanda di accreditamento è stata valutata **non ammissibile** per le seguenti motivazioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Pertanto il vostro iter di accreditamento **non potrà proseguire** con l’effettuazione del**l’analisi tecnica** affidata, dalla scrivente, all’OTAR ai fini della valutazione della correttezza, completezza ed esaustività delle Check list compilate in autovalutazione Allegato B “requisiti generali” Allegato C “requisiti specifici”.

La vostra pratica sarà presentata per il **DINIEGO** dell’accreditamento, decisione che verrà deliberata con successivo atto dalla scrivente Regione.

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

(firma)