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: RILASCIO ACCREDITAMENTO** ISTITUZIONALE

Egregio ,

La presente per comunicarVi che, a conclusione delle attività di valutazione previste dall’iter di accreditamento di cui in oggetto, la Regione Umbria, sentito il parere del Comitato Tecnico di Garanzia dell’OTAR, ha deciso in data della presente circa il **RILASCIO** alla Struttura (nome per esteso della Struttura):

dell’ ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE UMBRIA di cui al Regolamento per l’Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Pubbliche e Private della Regione Umbria approvato con DGR 1639 del 28/12/2016.

**L’accreditamento conseguito ha validità triennale** dalla data di rilascio ed è soggetto a verifica di mantenimento previa presentazione di ulteriore istanza.

A seguito di tale decisione la vostra Struttura sarà inserita nell’elenco dei soggetti Accreditati, pubblicato annualmente sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Vi ricordiamo che, come previsto dal Regolamento per l’accreditamento all’art. 12 e da voi sottoscritto nella domanda di accreditamento, ogni variazione strutturale ed organizzativa apportata, all’interno della vostra Struttura, successivamente alla concessione dell’Accreditamento Istituzionale dovrà essere comunicata in maniera formale e tempestiva alla Regione Umbria. La mancata informazione, circa le variazioni di cui sopra, nei modi e tempi previsti, potrà comportare le azioni di sospensione o revoca del vostro accreditamento *(Rif. Regolamento per l’accreditamento all’art. 12)*

Inoltre preso atto delle indicazioni del Comitato Tecnico di Garanzia dell’OTAR si comunica alla Struttura in indirizzo:

* la seguente raccomandazione la cui presa in carico sarà valutata nel corso del prossimo mantenimento:

………………………..

oppure

* che le evidenze circa il completamento delle azioni correttive proposte con piano del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dovranno essere fornite, per via documentale, alla scrivente Regione, entro i tempi da voi indicati nel piano di azioni correttive stesso (indicare mese di riferimento). La mancata trasmissione di tali evidenze potrà comportare le azioni di sospensione o revoca del vostro accreditamento*.*

oppure

* che in considerazione delle non conformità emerse durante l’audit in campo del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_si ritiene necessario **lo svolgimento di un audit supplementare**, al fine della verifica dell’attuazione del piano di azioni correttive da voi proposto. L’audit supplementare dovrà essere effettuato entro e non oltre il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Sarete direttamente contattati per le pianificazione dell’attività di audit dall’OTAR stesso.

La mancata effettuazione dell’audit supplementare potrà comportare le azioni di sospensione o revoca del vostro accreditamento

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

(firma)