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: DINIEGO 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 **DINIEGO** alla

Struttura (nome per esteso della Struttura)

dell’ Accreditamento Istituzionale 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.

Tale decisione è dovuta alle seguenti motivazioni:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

(firma)