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: SOSPENSIONE ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Egregio ,

La presente per comunicarVi che la Regione Umbria, ha deciso, a decorrere dalla data della presente, per la SOSPENSIONE, per un periodo di (MAX 12 mesi), del vostro 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.

Per la/le seguente/i motivazione/i:

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

Vi comunichiamo inoltre che, a seguito di tale decisione:

* lo stato di sospensione del vostro accreditamento sarà reso evidente anche all’interno dell’elenco delle Struttura accreditate presente sul sito regionale;

Inoltre preso atto delle indicazioni del Comitato Tecnico di Garanzia dell’OTAR vi comunichiamo che per il ripristino della sospensione sarà necessario prevedere una valutazione supplementare:

□ documentale attraverso l’invio entro il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dei seguenti documenti

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

□ in campo presso la vostra sede. L’audit in campo dovrà avrà essere svolto entro il mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e avrà i seguenti contenuti:

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

La mancata effettuazione delle azioni indicate per il ripristino dell’iter sospeso potrà comportare la revoca del vostro accreditamento.

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

Firma