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: REVOCA ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Egregio ,

La presente per comunicarVi che la Regione Umbria, sentito il parere del Comitato Tecnico di Garanzia dell’OTAR, ha deciso **in data della presente**, circa la **REVOCA** 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.

per le seguenti motivazioni:

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

A seguito di tale decisione la vostra Struttura:

1. sarà cancellata dell’elenco delle Strutture accreditate presente sul sito regionale;

A disposizione per ogni chiarimento

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

(firma)