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 VOLONTARIA ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Egregio ,

La presente per comunicarVi che preso atto della vostra formale richiesta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ circa la volontà, motivata, di non proseguire con l’iter di Accreditamento Istituzionale rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la Regione Umbria **REVOCA, in data della presente,** alla:

Struttura (nome per esteso della Struttura)

l’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.

A seguito di tale decisione la vostra Struttura:

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

Distinti Saluti

Funzione

Nome Cognome

(firma)