



REGIONE CALABRIA

Allegato 2 Domanda di Adesione

FAC SIMILE

**DOMANDA DI ADESIONE ALLA "RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DEI
LABORATORI ANALISI PRIVATI" DI CUI AL DCA N./2016**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a, residente
a....., codice fiscale,.....in qualità
di Legale Rappresentante del LABORATORIO AGGREGATO di rete/AUTONOMO/CENTRO PRELIEVO
DI RETE con sede legale in via
n.Comune, provincia....., n. tel.,n. fax..... e-mail.
..... codice fiscale....., partita IVA n

CHIEDE

di aderire alla riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati accreditati operanti nella
Regione Calabria di cui al DCA n...../2016

A tal fine

DICHIARA

- 1) Che Il Laboratorio "....." , con modello
organizzativo del tipo Aggregato di rete / Autonomo / Rete con un Laboratorio accentrato e più Punti
prelievi / Rete con più Laboratori accentrati e Punti Prelievo / Rete costituita da Punti Prelievo che
trasferiscono gli esami ad un Laboratorio esterno (Service) / Contratto di rete tra Laboratori, si
compone delle strutture private di laboratorio analisi, accreditate con DPGR-CA n. 1/2011 ed
operanti sul territorio regionale, di seguito indicate:

*(Indicare per ogni struttura: denominazione struttura, sede legale, codice fiscale, partita IVA,
Titolare o Legale rappresentante, data del conseguimento del provvedimento di autorizzazione ed
accreditamento predefinitivi)*

Struttura A).....

Struttura B).....

- 2) Il Laboratorio colloca il Sito di Produzione nel Comune di (prov.....),
via.....n....., tel., fax,, e-mail.;

- 3) I Punti Prelievo del Laboratorio Aggregato sono collocati rispettivamente:

- a. "....." , sede operativa nel Comune di.....(prov....)
..... vian tel..... fax..... e-mail.....;



- b. ".....", sede operativa nel Comune di.....(prov....)
 vian tel..... fax..... e-mail.....;
- c. ".....", sede operativa nel Comune di.....(prov....)
 vian tel..... fax..... e-mail.....;
- d. ".....", sede operativa nel Comune di.....(prov....)
 vian tel..... fax..... e-mail.....;
- e. ".....", sede operativa nel Comune di.....(prov....)
 vian tel..... fax..... e-mail.....;
- f. ".....", sede operativa nel Comune di.....(prov....)
 vian tel..... fax..... e-mail.....;

4) il Laboratorio Aggregato si impegna a rispettare il crono-programma di messa a regime del modello organizzativo approvato con DCA n...../2016

5) il Laboratorio Aggregato si impegna a realizzare entro i tempi stabiliti dal DCA n/2016 il modello organizzativo di seguito proposto: (si prega di allegare una relazione rispettando la compilazione di ogni paragrafo di seguito elencato, coerentemente con quanto stabilito dal documento tecnico sulla "Riorganizzazione e razionalizzazione de/la rete dei laboratori analisi privati" approvata con DCA n. del / 11 / 2016

- I. Attività analitiche erogabili ed erogande presso i Siti di Produzione;
- II. Descrizione delle strumentazioni tecnologiche disponibili presso il sito di produzione;
- III. Cronoprogramma realistico degli "step" di implementazione;
- IV. Procedure organizzative delle attività pre e post-analitiche;
- V. Indicazione del direttore sanitario responsabile della sicurezza del cittadino nel corso delle attività di prelievo dei campioni biologici;
- VI. Rappresentazione, su carta geografica relativa al territorio regionale, della dislocazione dei Punti Prelievo rispetto ai "Siti di Produzione";
- VII. Dettagliata descrizione delle attività di V.E.Q;
- VIII. Ulteriori eventuali proposte di miglioramento dell'organizzazione del Laboratorio Aggregato.
- IX. Si allega autocertificazione"analitica"relativa ai volumi prestazionali erogati (a carico del SSR ed a totale carico dell'utente) nei primi 9 mesi del 2016.

Data.....

Il Legale rappresentante del Laboratorio Aggregato

Alla domanda deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del Legate rappresentante del Laboratorio Aggregato in corso di validità. Sulla copia fotostatica il Legale rappresentante dovrà apporre la propria sottoscrizione.

