

**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE** \_\_\_\_\_

**SCHEDA ASSETTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO – BUDGET DEFINITIVO**

CUDES<sup>i</sup> \_\_\_\_\_

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data \_\_\_\_\_

Validità dal \_\_\_\_\_ 1/1/.....

al \_\_\_\_\_ 31/12/.....

Riferimenti provvedimento ATS \_\_\_\_\_

**STRUTTURA**

Tipologia \_\_\_\_\_ TIPOLOGIA DELL'UNITA' D'OFFERTA

Denominazione \_\_\_\_\_

**ENTE GESTORE**

Denominazione sociale \_\_\_\_\_

Comune sede legale \_\_\_\_\_

Legale  
Rappresentante<sup>ii</sup> \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

**POSTI / TRATTAMENTI<sup>iii</sup>**

Accreditati \_\_\_\_\_

A contratto \_\_\_\_\_  
di cui inattivi \_\_\_\_\_  
per piano programma/  
sospesi per altre attività \_\_\_\_\_  
di cui nuclei Stati Vegetativi \_\_\_\_\_  
di cui nuclei Alzheimer \_\_\_\_\_

**BUDGET DI PRODUZIONE**

Complessivo contrattato \_\_\_\_\_

(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Riabilitazione \_\_\_\_\_

(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Cure Intermedie \_\_\_\_\_

(solo per cure palliative) di cui cure palliative domiciliari \_\_\_\_\_

(solo per cure palliative) di cui cure palliative residenziali \_\_\_\_\_

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

**DENOMINAZIONE DELL'ATS**

Il Direttore Generale (o suo delegato)

---

**ENTE GESTORE**

Il Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di  
rappresentanza legale)

---

<sup>i</sup> Per le Udo per le quali il budget può essere riferito a più Cudes, indicare tutti i Cudes. Per le UOCP indicare sia il Cudes UOCP, sia quelli dei livelli domiciliare/residenziale/DH

<sup>ii</sup> O altro soggetto munito di rappresentanza legale

<sup>iii</sup> Compilare solo per le Udo che prevedono posti/trattamenti, per la Riabilitazione/Cure intermedie allegare tabella di dettaglio con assetto accreditato/contrattualizzato dei vari regimi/tipologia di posti (es. distinzione tra specialistica/general geriatrica/mantenimento)