



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Direzione Generale
Piazza Silvio Pellico 1- 10023 Chieri
Tel.: 011 94293100-01
e-mail: dirgen@aslto5.piemonte.it

Sede Legale – Piazza Silvio Pellico 1 – 10023 Chieri (To) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

MODULO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE Resa ai sensi dell'artt. 38 e 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 PER I FINI PREVISTI DALLA D.G.R. n° 39 – 14910 DEL 28 FEBBRAIO 2005

Il sottoscritto _____ (C.F. _____)
(Cognome) (Nome)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(luogo) (prov.)

Residente in _____ (_____), Via/Corso _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

n. tel _____ indirizzo email _____

nella qualità di :

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

sito in _____ [], via /C.so n° _____ C.A.P. _____

con Partita IVA n° _____

Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. IN MERITO AI REQUISITI AZIENDALI:

- che il Laboratorio Odontotecnico che rappresenta è regolarmente iscritto alla C.C.I.A. di _____ dal _____ (gg/mm/aa)
- di essere in possesso dell'Autorizzazione Comunale all'esercizio dell'Attività n° _____ del _____ Comune di _____
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali verificabili presso Ufficio INPS di _____, Ufficio INAIL di _____ e verificabili con D.U.R.C.
- di essere in possesso di regolare Registrazione al Ministero della Salute, n. _____ del _____
- di non essere convenzionato con le Aziende Sanitarie Regionali
- di essere convenzionato con le Aziende Sanitarie Regionali ed in particolare con la/le seguenti: **(indicare gg/mm/aa di inizio e fine)**

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Allega in copia:
Certificato storico - Camera di Commercio ;
D.U.R.C.
Autorizzazione Comunale esercizio attività
Registrazione al Ministero della Salute

2. IN MERITO ALLA RISORSE UMANE:

2.1 **TITOLARI o SOCI** operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi

- ❖ _ cognome, nome _____ c.f. _____

autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. A1):

- curriculum completo dei titoli di studio
- esperienze lavorative possedute

2.2 **DIPENDENTI** operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi

- ❖ _ cognome, nome _____ c.f. _____

autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. A1):

- curriculum completo dei titoli di studio
- esperienze lavorative possedute

2.3 **COLLABORATORI INTERNI** operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi

- ❖ _ cognome, nome _____ c.f. _____

autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. A1):

- curriculum completo dei titoli di studio

- elenco dei materiali, completo della classificazione ISO e/o DIN, di normale uso nella produzione delle protesi di cui alla DGR; 39-14910
- protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure costruttive ed alla prescrizione sanitaria;
- protocolli per la verifica periodica delle apparecchiature, per l'aggiornamento dei materiali d'uso e per la verifica periodica della qualità.

Lì _____

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta oppure per via telematica.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/6/2003 N° 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

5. IN MERITO ALLA FORNITURA DI PROTESI DI CUI AL NOMENCLATORE PROTESI DENTALI PARTE 2° – PROTESI SPECIALI:

DICHIARA

di essere in possesso di diplomi o attestati comprovanti la preparazione professionale per la realizzazione di manufatti ortodontici (protesi ortodontiche);

di essere in possesso delle risorse e delle capacità necessarie alla realizzazione in proprio, senza l'ausilio di collaborazioni esterne, delle protesi **elencate nell'allegato Modulo C, datato e firmato.**

Lì, _____

(Firma del Dichiarante)

NB: Il Modulo C – consiste nella autocertificazione delle protesi speciali realizzate, in proprio, dal laboratorio.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta oppure per via telematica.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/6/2003 N° 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

IN MERITO ALLA NORMATIVA CEE SUI DISPOSITIVI MEDICI – DISPOSITIVI DENTALI SU MISURA – ESPRESSAMENTE E MEDIANTE SPECIFICA SOTTOSCRIZIONE,

DICHIARA

4

I documenti, presentati in copia, debbono essere dichiarati conformi ai loro originali per mezzo della dichiarazione rilasciata sul modulo B –

di operare nel pieno rispetto degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D. Lgs. 24/2/1997 n° 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Lì , _____

(Firma del Dichiarante)

IN MERITO ALLA ASSENZA DI FATTI O SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'

DICHIARA

Che presso il proprio laboratorio non operano e non sono cointeressate persone legate al SSN da rapporto convenzionale o di impiego, o che comunque svolgono la loro attività in altre strutture convenzionate con il SSN, con compiti gestionali e/o di rappresentanza, e di operare nel pieno degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D. lgs 24.2.1997 n. 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Lì , _____

(Firma del Dichiarante)

IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DEL D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e G. D. P. R. n. 679/2016 Regolamento UE

Il Laboratorio odontoprotesico verrà nominato Responsabile esterno del trattamento dati e il consenso al trattamento dei dati personali verrà recepito dall'ASL per ogni singolo paziente. Il Laboratorio si impegna a fornire "nota informativa" sul trattamento dei dati, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto odontoprotesico. Nel caso il Laboratorio utilizzi strumenti diversi da quello cartaceo fornito dall'ASL, dovrà raccogliere autonomamente un ulteriore consenso informato dal paziente.

L'utilizzazione di sistemi diversi di conservazione del documento cartaceo fornito dall'ASL dovrà essere dichiarato all'atto del convenzionamento. Anche i Laboratori già convenzionati dovranno produrre il R. A. T (registro per le attività di trattamento dei dati personali) e l'ASL potrà procedere alla relativa verifica, ai sensi dell'art. 10, all 1), D.G.R. n. 39-14910 del 28 febbraio 2005.

DICHIARA

- Di produrre il R. A.T. (Registro per le attività di trattamento)
- Di fornire modulo "nota informativa" sul trattamento dei dati richiesti, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto protesico.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38 DPR 28/12/2000 le sopraesposte dichiarazioni sono sottoscritte e inviate unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore all'ufficio competente a mezzo RACCOMANDATA A.R. o tramite PEC all'indirizzo di cui allo schema di domanda.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.