|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  **REGIONE PIEMONTE**  **Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino”**  Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  Cod. fiscale/P.I 11632570013  Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino   011/5661566  011/4393111 |  | | **MODELLO D** |

**AL DIRETTORE GENERALE ASL CITTA’ di TORINO**

**Ufficio Protocollo**

**Via San Secondo, 29 10128 – TORINO**

**Pec:** [**protocollo@pec.aslcittaditorino.it**](mailto:protocollo@pec.aslcittaditorino.it)

**Domanda di ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria 2018-2021.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di :

* Legale Rappresentante
* Titolare

del Laboratorio odontotecnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ragione sociale)*

Con Sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altra e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede di essere ammesso alla graduatoria in oggetto e sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

* Di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissione previsti nel bando
* Di accettare senza riserve le prescrizioni del Bando di ammissione alla graduatoria in oggetto.

Domicilio, numero telefonico e e-mail presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla selezione:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ Cell/Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla domanda:**

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione (Modello A)
2. dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (Modello B) dichiarazione DPS (Modello C)
3. curricula formativi- professionali, completi di titoli di studio, master, etc conseguiti dal Titolare, soci, dipendenti e collaboratori interni, datati e firmati
4. copia di un documento di identità, o di documento di riconoscimento equipollente, in corso di validità del dichiarante
5. elenco in duplice copia dei documenti presentati

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro del Laboratorio e firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODELLO A**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt.38 e 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

Legale Rappresentante /Titolare del Laboratorio Odontotecnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con riferimento alla domanda di ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria 2018-2021.**

**con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***DICHIARA***

* 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 regola con gli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, verificabili presso Equitalia
* 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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### *Allega curriculum formativo professionale datato e firmato, completo delle indicazioni indicate nel modello D.*

**Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell’art.76 del DPR n. 445/2000, l’art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.**

Torino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*firma per esteso e leggibile*)

*Ai sensi dell’art. 30 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza, si evidenzia che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili e amministrativi relativi all’incarico convenzionato. In assenza del conferimento dei Suoi dati la pratica non potrebbe avere corso regolare.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  **REGIONE PIEMONTE**  **Azienda Sanitaria Locale “Città di Torino”**  Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  Cod. fiscale/P.I 11632570013  Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino   011/5661566  011/4393111 |  |

##### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

(Art.47 e Art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

esente da bollo ai sensi dell’art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

Legale Rappresentante /Titolare del Laboratorio Odontotecnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con riferimento alla domanda di ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria 2018-2021.**

**con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

che le copie dei seguenti documenti, allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

detenuti in proprio possesso e conservati presso il laboratorio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA ALTRESI’**

Ragione sociale del laboratorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**titolari o soci operanti nell’azienda (compreso il dichiarante) per ciascuno specificare e allegare curriculum:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

**Dipendenti operanti nell’Azienda per ciascuno specificare e allegare curriculum:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

**Collaboratori interni operanti nell’Azienda per ciascuno specificare e allegare curriculum:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(qualifica/mansioni)

Le eventuali collaborazioni esterne, che devono limitarsi alla lavorazione di scheletrati in cromo cobalto, devono essere certificate con idonea documentazione attestante il possesso da parte del collaboratore dei requisiti e delle risorse necessarie all’attività affidata, secondo le norme della collaborazione o del contratto d’opera. In particolare, si specificano i seguenti dati:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cod. fiscale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ragione sociale) (indirizzo completo sede operativa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(partita IVA)

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome) (nome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cod. fiscale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ragione sociale) (indirizzo completo sede operativa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(partita IVA)

**Elenco attrezzature in possesso e in uso al laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Descrizione | Marca | Matricola | Acquistato il |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

In merito alle metodologie costruttive e al controllo della qualità **dichiara** di essere in possesso e di produrre in sede di sopralluogo, pena l’esclusione dalla selezione (apporre una X sulle voci scelte):

* protocolli costruttivi adottati dal laboratorio
* 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 delle apparecchiature, per l’aggiornamento dei materiali d’uso e per la verifica periodica della qualità.

In merito alla fornitura di protesi di cui al nomenclatore protesi dentali parte 2° - protesi speciali **dichiara** (apporre una X sulle voci scelte):

* di non essere in possesso delle risorse e delle capacità necessarie alla realizzazione in proprio, senza l’ausilio di collaborazioni esterne delle seguenti protesi speciali:
* di essere in possesso delle risorse e delle capacità necessarie alla realizzazione in proprio, senza l’ausilio di collaborazioni esterne delle seguenti protesi speciali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(apporre una X sulle voci scelte):

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

In merito alla normativa CEE sui dispositivi medici – dispositivi dentali su misura – espressamente:

**DICHIARA**

Di operare nel pieno rispetto degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico dalla direttiva CEE 93/42, recepita con D.Lgs. 24/02/97 n. 46 e sue successive modificazioni e integrazioni.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN MERITO ALLA ASSENZA DI FATTI O SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI inoltre**

**DICHIARA**

che presso il proprio laboratorio **operano**/ **non operano** (\*) e **sono** /**non sono** cointeressate (\*) persone legate al SSN da rapporto convenzionale o di impiego, o che comunque svolgono la loro attività in altre strutture convenzionate/accreditate 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. 24/02/1997 n. 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

*(\*) cancellare la voce che non ricorre*

Ai sensi dell’art. 38 DPR 28/12/2000 le sopraestese 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R.445/2000.**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell’art. 30 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza, si evidenzia che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili e amministrativi relativi all’incarico convenzionato. In assenza del conferimento dei Suoi dati la pratica non potrebbe avere corso regolare.*

**MODELLO C**

**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, aal 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 sopraestese 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.