



MODELLO D

AL DIRETTORE GENERALE

ASL Città di Torino

Ufficio Protocollo

Via San Secondo, 29 - 10128 – TORINO

Pec: 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 triennale.

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
- Di partecipare per la fornitura di manufatti occorrenti a:
 - Presidi ambulatoriali dell'ASL
 - Presidio Ospedaliero Martini-SC Odontostomatologia
 - Presidio Ospedaliero Martini e Presidi ambulatoriali

(indicare una opzione)

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 Privacy (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 triennale.**

con scadenza il _____

DICHIARA

- che il Laboratorio Odontotecnico che rappresenta è regolarmente iscritto alla C.C.I.A.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:
_____ dal _____
_____ dal _____

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)

MODELLO B

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 triennale**

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 possesso di 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 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.

IN MERITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI ALL'INFORMATIVA RIPORTATA NEL BANDO

Il sottoscritto esprime il consenso, ai sensi della normativa vigente in materia, al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità inerenti la presente domanda di partecipazione al bando per **l'ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria triennale.**

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 _____



**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 C

IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DEL D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali) e del GDPR 2016/679

Il Laboratorio odontoprotesico verrà nominato Responsabile (esterno) del trattamento dati.

In caso di convenzionamento, il Laboratorio

DICHIARA

- Di accettare la nomina a Responsabile del Trattamento dati, ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679
- 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.