

MODELLO A

AL DIRETTORE GENERALE
ASL Città di Torino
Ufficio Protocollo
Via San Secondo, 29
10128 TORINO
Pec: protocollo@cert.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, compreso il Carcere "Lorusso e Cutugno"
 - Presidio Ospedaliero Martini – S.C. Odontostomatologia
 - Presidio Ospedaliero Martini e Presidi ambulatoriali, compreso il Carcere "Lorusso e Cutugno"

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

Via _____ n. _____ Cap. _____

Comune di _____ Prov. _____ Cell/Tel: _____

E-mail: _____



ASL
CITTÀ DI TORINO

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

Allega alla domanda:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione (Modello B)
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Modello C) dichiarazione Privacy (Modello D)
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 _____



ASL
CITTÀ DI TORINO

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 B

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. 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 A.

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, li _____

Il Dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)



ASL
CITTÀ DI TORINO

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

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

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. di non aver "patteggiato" ex artt. 44 e seguenti C.P.P. per il reato di cui all'art. 348 c.p. ("abusivo esercizio di una professione");
2. di non aver mai subito condanne penali per il reato di cui all'art. 248 c.p. e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico per ipotesi dello stesso reato;

ovvero, in caso contrario:

- di aver subito la seguente condanna penale per il reato di cui all'art. 348 c.p.:

- di avere in corso il seguente procedimento penale per ipotesi di reato di cui all'art. 348 c.p.:

DICHIARA ALTRESI'

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

detenuti in proprio possesso e conservati presso il laboratorio

Ragione sociale del laboratorio: _____

Sede operativa _____

e-mail _____ tel. _____

pec _____



ASL
CITTÀ DI TORINO

**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

Titolari o soci operanti nell'azienda, compreso il dichiarante (per ciascuno specificare e allegare curriculum):

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

Dipendenti operanti nell'Azienda (per ciascuno specificare e allegare curriculum):

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

Collaboratori interni operanti nell'Azienda (per ciascuno specificare e allegare curriculum):

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

(cognome) (nome) (qualifica/mansione)

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 s.m.i.

data _____

firma del dichiarante _____



ASL
CITTÀ DI TORINO

**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

**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 s.m.i..

() 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 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 _____



ASL
CITTÀ DI TORINO

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

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 del Trattamento dei 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 cui all'Accordo allegato 1.
- 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 _____