

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Resa ai sensi dell'art. 47 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 e Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.) (indirizzo)

Nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontoprotesico/Odontotecnico  
 Legale rappresentante del Laboratorio Odontoprotesico/Odontotecnico

sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ 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:**

1.1 Ragione Sociale \_\_\_\_\_

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

1.3 Convenzioni con SSR già esistenti

A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

N.B: indicare analiticamente i periodi di convenzionamento esistenti e/o in corso

*allega in copia (e compila la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'allegato modulo A1):*

- Certificato Storico – Camera di Commercio
- Autorizzazione Comunale esercizio attività
- Registrazione al Ministero della Salute
- Durc (o dichiarazione di esenzione Durc)

## 2. IN MERITO ALLE RISORSE UMANE

### 2.1 TITOLARI O SOCI operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Per i punti 2.1, 2.2 compilare l'allegata dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al modulo A2 relativa a :

- *Curriculum formativo e professionale completo dei titoli di studio*
- *esperienze lavorative possedute*
- *attività di formazione*

## 3. IN MERITO ALLE RISORSE TECNICHE:

### 3.1 ATTREZZATURE:

Il sottoscritto dichiara che le lavorazioni del Nomenclatore Protesi Dentarie vengono realizzate:

in proprio, senza l'ausilio di collaboratori esterni

attraverso COLLABORATORI ESTERNI:

Le collaborazioni esterne, limitatamente alla lavorazione di protesi di cui al nomenclatore protesi dentali 1 (NPD/1-protesi standard), 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; specificare cognome, nome, codice fiscale del collaboratore, ragione sociale, sede operativa e sua P. IVA.

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ragione Sociale \_\_\_\_\_ sede operativa \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ragione Sociale \_\_\_\_\_ sede operativa \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

**3.2 Elenco delle attrezzature in possesso ed in uso al Laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici, dei manufatti ortodontici e di materiale ortodontico:**

Descrizione	Marca	Matricola	Data acquisto

**4. IN MERITO ALLE METODOLOGIE COSTRUTTIVE ED AL CONTROLLO DELLA QUALITÀ**

Di essere in possesso e di produrre su richiesta:

- Protocolli costruttivi adottati dal laboratorio;
- Elenco dei materiali, completo della classificazione ISO e/o DIN, di normale uso nella produzione delle protesi e dei manufatti ortodontici di cui alla DGR 39-14910
- Protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedura 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

**5. MANUFATTI ORTODONTICI:**

Dichiara di essere in possesso dei sotto dichiarati diplomi o attestati comprovanti la preparazione professionale per la realizzazione di manufatti ortodontici (protesi ortodontiche):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA**

- di essere in possesso di risorse e capacità necessarie, per la loro realizzazione.

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

**DICHIARA**

- 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.

**8. 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. 24/02/1997 n° 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente alla copia del documento di identità (art.38 del DPR 445/2000).

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30.06.2003 n° 196 adeguato al Regolamento europeo 2016/679 dal D.lgs n.101 del 10/08/2018: 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.**