

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Resa al 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. _____

Cognome, Nome _____ C.F. _____

Cognome, Nome _____ C.F. _____

Cognome, Nome _____ C.F. _____

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

Cognome, Nome _____ C.F. _____

Cognome, Nome _____ C.F. _____

Cognome, Nome _____ C.F. _____

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.