



ALLEGATO MODULO 3.1.1.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' 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) (Nome)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(luogo) (prov.)

Residente in _____ (_____), Via/Corso _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

n. tel _____ indirizzo email _____

PEC _____

nella qualità di :

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico e/o di Ortodonzia
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico e/o di Ortodonzia

sito in _____ [], via /C.so n° _____ C.A.P. _____

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

D I C H I A R A

(N.B. la numerazione che segue inerente ai requisiti da possedere corrisponde a quella prevista nel Regolamento aziendale allegato all'Avviso)

1. IN MERITO AI REQUISITI AZIENDALI:

- che il Laboratorio Odontotecnico e/o di Ortodonzia 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 possesso di regolare Registrazione al Ministero della Salute, n. _____ del _____
- di avere sede sul territorio del Piemonte ed in particolare _____
- di non essere convenzionato con le Aziende Sanitarie Regionali
- di essere convenzionato con le Aziende Sanitarie Regionali ed in particolare con la/le seguenti: **(indicare gg/mm/aa di inizio e fine)**

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Periodo dal _____ al _____ con ASL _____ sede di _____

Allega in copia:

- Certificato storico - Camera di Commercio ;
- D.U.R.C.
- Autorizzazione Comunale esercizio attività
- Registrazione al Ministero della Salute

2. IN MERITO ALLA 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. _____

autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. 1.2):

- curriculum completo dei titoli di studio
- esperienze lavorative possedute

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. _____

autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. 1.2):

- curriculum completo dei titoli di studio
- esperienze lavorative possedute

2.3 COLLABORATORI INTERNI operanti nell’Azienda: specificare per ciascuno di essi

_ cognome, nome _____ c.f. _____

_ cognome, nome _____ c.f. _____

_ cognome, nome _____ c.f. _____

autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. 1.2):

- curriculum completo dei titoli di studio
- esperienze lavorative possedute

2

I documenti, presentati in copia, debbono essere dichiarati conformi ai loro originali per mezzo della dichiarazione rilasciata sul modulo 1.3 –

2.4 COLLABORATORI ESTERNI: le collaborazioni esterne, limitatamente 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. Specificare cognome, nome e C.F. del collaboratore, ragione sociale, sede operativa e Partita IVA.

cognome, nome _____
 C.F. _____
 ragione sociale _____
 sede operativa _____
 Partita IVA. _____

3. IN MERITO ALLE RISORSE TECNICHE:

Elenco delle attrezzature in possesso ed in uso al Laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici e/ o degli apparecchi ortodontici:

DESCIZIONE	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 e CDN, di normale uso nella produzione delle protesi e/o degli apparecchi ortodontici;
- protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure 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;

Lì _____

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°.445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore a mezzo pec, insieme alla domanda di ammissione, all'ufficio competente.

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

DICHIARA

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

Lì, _____

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°.445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore a mezzo pec, insieme alla domanda di ammissione, all'ufficio competente.

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

di operare nel pieno rispetto degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D. Lgs. 24/2/1997 n° 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Lì, _____

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°.445, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore a mezzo pec, insieme alla domanda di ammissione, all'ufficio competente.

**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 24.2.1997 n. 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Lì, _____

(Firma del Dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°.445, la sopraesesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore a mezzo pec, insieme alla domanda di ammissione, all'ufficio competente.

4

I documenti, presentati in copia, debbono essere dichiarati conformi ai loro originali per mezzo della dichiarazione rilasciata sul modulo 1.3 –