**MODULO A**

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di :

Titolare del Laboratorio di ortodonzia

Legale rappresentante del Laboratorio 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**

**1. IN MERITO AI REQUISITI AZIENDALI:**

che il Laboratorio 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 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1

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. A1):**

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. A1):**

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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_ cognome, nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**autocertifica, in allegato, in modo specifico e dettagliato (compilare Mod. A1):**

curriculum completo dei titoli di studio

2

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

esperienze lavorative possedute

**3. IN MERITO ALLE RISORSE TECNICHE:**

Elenco delle attrezzature in possesso ed in uso al Laboratorio utilizzate per la fabbricazione degli apparecchi ortodontici

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **MARCA** | **MATRICOLA** | **DATA ACQUISTO** |

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

Di essere in possesso e di produrre su richiesta: protocolli costruttivi adottati dal laboratorio;

3

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

elenco dei materiali, completo della classificazione CDN, di normale uso nella produzione 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;

Eventuale possesso della certificazione ISO 9001.

**Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del Dichiarante)**

*Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n°.445,* **la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta****dall’interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all’ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta oppure per via telematica.**

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

**DICHIARA**

di essere in possesso di 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 in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all’ufficio competente via fax, tramite un incaricato, a mezzo posta oppure per via telematica.**

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

**DICHIARA**

4

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

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)**

**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)**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art. 38 DPR 28/12/2000 le sopraestese 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.

5

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