



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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

DICHIARA

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 _____



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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. _____

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. _____

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. _____

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

curriculum completo dei titoli di studio



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

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.

5. 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 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 RACCOMANDATA A.R. o tramite PEC all'indirizzo di cui allo schema di domanda.