Al Direttore Generale

 ASST Valtellina e Alto Lario

**ISTANZA DI ISCRIZIONE ALL’ALBO DEI LABORATORI ODONTOTECNICI PRIVATI**

Il sottoscritto………………………………………………………………………………………. nato il ……………………….. a …………………………………....………………….. (prov. )

Codice Fiscale………………………………………………………………………………………… indirizzo di residenza: via………………………………………………………………………… Comune…………………………………………………………………….Cap……………………..

tel/cell………………………………………………………………………………………...……...... odontotecnico, con diploma conseguito in data………………………….………………. presso………………………………………………………………………………………………….. in qualità di: (barrare e compilare il rigo interessato):

* Titolare del laboratorio odontotecnico (indicare denominazione)………………………………… ubicato a ………………………(prov.)………….. in via………………………………..n………… in cui operano i seguenti dipendenti o collaboratori a qualunque titolo…………………………..... …………………………………………………………………………………………………………
* Socio del laboratorio (indicare denominazione o ragione sociale) ……………………………… ubicato a ……………………..(prov.) …………… in Via …………………………….….n………. in cui risultano i seguenti soci ………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………… o i seguenti dipendenti o collaboratori a qualunque titolo…………………….…………………….. …………………………………………………………………………………………………………
* Socio del consorzio ………………………………………………………………………..…….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………di cui risultano consorziati i soggetti indicati nell’atto costitutivo allegato.

In tale caso, pur essendo richiesti i requisiti per tutti gli odontotecnici consorziati, sarà iscritto all’Albo e pertanto sarà abilitato alla sottoscrizione della relativa convenzione, solo il sottoscrittore della presente istanza.

**CHIEDE**

di essere iscritto nell’Albo dell’ASST Valtellina e Alto Lario degli odontotecnici privati abilitati, previa sottoscrizione di atto convenzionale, al commissionamento di protesi dentarie a utenti del servizio odontoiatrico dell’Azienda.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445; Codice Penale) per l’ipotesi di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. **PERSONALI**
2. Assenza di procedimenti penali in corso o di condanne anche con sentenza non passata in giudicato per reati contro la Pubblica Amministrazione; tale requisito è richiesto per l’odontotecnico titolare del laboratorio e per tutti quelli che in esso vi operano a qualunque titolo (socio, dipendente, collaboratore ecc.);
	* SI
	* NO

Se si indica NO, specificare per quali reati…………………….………………………….

1. Assenza di procedimenti penali in corso o di condanne anche con sentenza non passata in giudicato per reato di cui all’art. 348 c.p. (esercizio abusivo di una professione). Per condanna si intende anche quella determinata a seguito di patteggiamento ex art.444 e ss. c.p.p.; tale requisito è richiesto per l’odontotecnico titolare del laboratorio e per tutti quelli che in esso vi operano a qualunque titolo (socio, dipendente ecc.);
	* SI
	* NO
2. Assenza nel laboratorio di personale, a qualunque titolo operante (socio, dipendente, collaboratore ecc.) legato al S.S.N.;
	* SI
	* NO

Se si indica NO specificare il/i nominativo/i del personale legato al S.S.N.:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. **PROFESSIONALI**
	* Iscrizione alla Camera di Commercio di……………………… del………………….;
	* Licenza di esercizio rilasciata dal Comune di ………………..in data……………….;
	* rispetto della normativa vigente in materia di:
		+ personale (contratto di assunzione, adempimenti contributivi ecc.);
		+ sicurezza sul lavoro e prevenzione infortuni (D.Lgs. 81/2008 ss.mm.ii. – T.U. Sicurezza);
		+ tutela della privacy (Reg. UE n. 679/2016 e D.Lgs 196/2003 ss.mm.ii.);
	* presenza del piano di fabbricazione del dispositivo medico su misura (D.Lgs. n.46 del 24/02/1997 – attuazione direttiva 93/42 CEE) dal ricevimento dell’impronta al trattamento della stessa;
2. **STRUMENTALI**
	* presenza di apparecchiature e strumenti di lavoro certificati con marchio (C.E.) adeguati alla fornitura di:
		+ protesi scheletrata;
		+ protesi mobile;
		+ protesi fisse;
		+ apparecchiature ortodontiche rimovibili e funzionali;
	* capacità di eseguire almeno\* le seguenti tipologie di lavorazione:
		+ lavorazione di scheletrati in cromo cobalto (tipo wisil, vitallium, nobilim, ticonium, durallium, o altri similari con analoghi requisiti) con fonditrici elettroniche e forni di preriscaldamento approvati dalle case madri;
		+ lavorazione di protesi mobili in acrilico con macchinari ad iniezione e pressione controllata e polimerizzate a caldo in via umida (a tempo e temperatura controllata);
		+ lavorazione di protesi fisse con forni e fonditrici sotto vuoto che diano garanzie di non alterabilità metallografiche delle leghe;

**\*la Commissione si riseva di valutare tipologie di lavorazioni con caratteristiche superiori a quelle prima elencate.**

Indica il seguente AMBITO TERRITORIALE (barrare le opzioni prescelte):

* Presidio Ospedaliero di Sondalo
* Poliambulatorio di Tirano
* Presidio Ospedaliero di Sondrio
* Presidio Ospedaliero di Morbegno
* Presidio Ospedaliero di Chiavenna
* Poliambulatorio di Dongo

NOTE…………………………………………………………………………………………………

**DICHIARA ALTRESÌ**

* di accettare tutte le disposizioni del bando relativo alla presente procedura;
* di aver preso visione tramite sito internet del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e del Codice di Comportamento di ASST, di accettarne il contenuto e di impegnarsi ad adottare, nello svolgimento delle funzioni connesse alla eventuale convenzione, comportamenti conformi ai principi in essi contenuti;
* di aver preso visione dell’informativa di cui all’art. 8 del bando e di autorizzare il trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal Reg. UE n. 679/2016 e D.Lgs 196/2003 ss.mm.ii..

Data………………………… Luogo…………………….……

Firma per esteso………………………………………………………………………………………