



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

MODULO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Ai fini previsti dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28/02/2005

Il sottoscritto _____

C.F. _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____

via/c.so _____ n. _____

nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

sito in _____ C.A.P. _____

via/c.so _____ n. _____

con partita IVA n. _____

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1. IN MERITO AI REQUISITI AZIENDALI:

1.1 Ragione Sociale _____

1.2 Sede Operativa _____

1.3 Convenzioni già esistenti con il S.S.R.

Periodo: _____

Periodo: _____

Periodo: _____

Periodo: _____

Periodo: _____

Allega in copia (compilare la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'allegato mod. B):

Certificato Storico della Camera di Commercio
Autorizzazione Comunale all'esercizio dell'attività
Registrazione al Ministero della Salute

2. IN MERITO ALLE RISORSE UMANE:

2.1 **TITOLARE O SOCI** operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi:

Cognome e Nome _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____

C.F. _____

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

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

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

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Per i punti 2.1, 2.2 e 2.3 compilare l'allegata dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al Mod A1 relativa a:

- curriculum completo dei titoli di studio
- esperienze lavorative possedute

4. IN MERITO ALLE METODOLOGIE COSTRUTTIVE ED AL CONTROLLO DELLA QUALITA':

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 di cui alla D.G.R. n. 39-14910
- Protocolli per la verifica periodica delle apparecchiature, per l'aggiornamento dei materiali d'uso e per la verifica periodica della qualità.
- Protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure costruttive ed alla prescrizione sanitaria.

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);
- di essere in possesso delle risorse e delle capacità necessarie alla realizzazione in proprio, senza l'ausilio di collaborazioni esterne, delle protesi elencate nell'allegato Modulo C, datato e firmato.

N.B.: IL MODULO C – consiste nell'autocertificazione delle protesi speciali realizzate, in proprio, dal Laboratorio.

6. 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 24/02/1997 n. 46 e successive modificazioni ed integrazioni.

7. IN MERITO AI REQUISITI IGIENICO SANITARI PER I LABORATORI ODONTOTECNICI:

DICHIARA CHE IL LABORATORIO POSSIEDE I SOTTOELENCATI REQUISITI:

7.1 Locali:

- Altezza dei locali 2,70 metri;
- Rapporto aereoluminante 1/8;
- Dimensioni minime del locale di lavoro 9 mq dotato di lavandino;
- Ufficio o zona per svolgere le funzioni di registrazione ed archivio della documentazione e dei registri richiesti;
- Disponibilità di un locale idoneo (protetto da umidità, fenestrato, altezza idonea), per la funzione di magazzino deposito;

- Servizio igienico (in presenza di dipendenti deve essere dotato anche di doccia), dotato di antibagno e locale/spazio spogliatoio;
- Locali con caldaie o apparecchi a gas, in presenza di impianti a gas deve essere prevista aerazione permanente ed in ogni caso per le caratteristiche dei locali di installazione si rimanda alla specifica norma UNICIG.

7.2 Documentazione in possesso

- Certificato di agibilità o abitabilità dei locali e indicata la destinazione d'uso;
- Copia certificato di conformità dell'impianto elettrico e termico e idrosanitario;
- Documentazione attestante la conformità delle caratteristiche degli impianti e delle attrezzature in uso;
- Elenco del personale;
- Relazione tecnica di cui risulti la tipologia quali-quantitativa dell'attività svolta, tipologia materiali utilizzati, indicazione dell'orario di funzionamento;
- Documentazione in merito a smaltimento rifiuti;
- Relazione tecnica sulle metodiche di trasporto e disinfezione delle impronte.

7.3 Attrezzature

Per quanto specificatamente previsto dallo svolgimento e dalle tecniche di preparazione si rimanda alle norme tecniche di settore.

- Tutte le attrezzature ed i piani di lavoro devono essere pulibili e disinfettabili all'occorrenza;
- Superfici (pareti e pavimenti) dei locali devono essere in materiali facilmente pulibili;
- Idonei dispositivi di protezione individuale (DPI);
- Cappa aspirante con evacuazione dei fumi dal tetto;
- Estintore carico e revisionato a norma.

N.B.: si ricorda in ogni caso che l'attività svolta non deve essere causa di molestia (emissioni odorose e rumorose) per i vicini soprattutto per la funzione residenziale.

Per quanto attiene le norme di sicurezza e di igiene del lavoro si rimanda al rispetto delle specifiche norme di settore ed agli obblighi del responsabile e/o titolare in merito a quanto previsto.

Altresì si rimanda alle norme in tema di sicurezza e prevenzione incendi ed agli obblighi da esse derivanti per il responsabile dell'attività.

8. IN MERITO ALL'ASSENZA DI FATTI O SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA':

DICHIARA

Che presso il proprio Laboratorio non operano e non sono controinteressate persone legate al S.S.N. da rapporto convenzionale o di impiego, o che comunque svolgono la loro attività in altre strutture convenzionate con il S.S.N., 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.

DICHIARA infine di conoscere ed accettare il Regolamento ed il Protocollo Operativo Aziendale e di attenersi a quanto da esso disposto.

Data _____

Firma del Dichiarante

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente alla fotocopia del documento di identità (art. 38 del D.P.R. 445/00).

Informativa ai sensi del D.Lgs.196/03: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.