



**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

**2.4 COLLABORATORI ESTERNI:** le collaborazioni esterne, limitatamente alla lavorazione di protesi di cui all'NPD1 (protesi standard), 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 sua P. IVA

- o Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_
  
- o Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Sede operativa \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_

I collaboratori esterni devono altresì compilare la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di cui al **mod. A2**.

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

Elenco delle attrezzature in possesso ed in uso al Laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici secondo il seguente schema:

DESCRIZIONE	MARCA	MATRICOLA	DATA ACQUISTO

#### **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 e s.m.i. adeguato al Regolamento Europeo 2016/679 dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018: 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.