

ISTANZA ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE DEI FORNITORI AUSILI/PRESIDI

Alla Direzione Generale ASP Ragusa

c/o Dipartimento di Prevenzione

OGGETTO: Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori abilitati alla erogazione di dispositivi ortopedici, ottici, ausili per l'udito, presidi di serie.

Il sottoscritto (Cognome e Nome): _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ in Via _____

In qualità di :

Titolare

Legale rappresentante

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità giusta

DICHIARA ai sensi del DPR 28/07/2000 n. 445

che la ditta (Denominazione) _____

Ubicata a _____ Via _____ n. _____

Tel. _____

Rientra tra i fornitori di:

Dispositivi ortopedici

Ottici

Ausili per udito

Presidi di serie

Dichiara inoltre _____

CHIEDE

che la ditta oggetto della presente istanza venga inserita come sede operativa principale altra sede operativa nell'elenco regionale dei fornitori di ausili e/o presidi per la specialità di seguito indicata:

A tal fine , consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro inc casi di dichiarazioni mendaci, o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti al vero, dichiara di possedere i requisiti previsti dalla D.A. 780/2021 e di voler operare per conto del S.S.N. per la fornitura dei seguenti ausili e/o presidi:

(Spuntare i titoli delle classi che si intendono erogare)

Ausili su misura – allegato 1 - elenco 1 del D.M. 332/99

- 03.12 Ausili per la terapia dell'ernia
- 06.03 Ortesi spinali
- 06.06 Apparecchi ortopedici per arto superiore
- 06.12 Apparecchi ortopedici per arto inferiore
- 06.18 Protesi di arto superiore
- 06.24 Protesi di arto inferiore
- 06.33 Calzature ortopediche
- 18.09 Sistemi di postura modulari
- 06.30 Protesi oculari
- 21.03 Dispositivi ottici correttivi

Ausili di serie che richiedono la messa in opera da parte del tecnico abilitato – D.P.C.M. 12/01/2017 - allegato 5 – elenco 2A

- 06.03 Ortesi spinale
- 06.06 Ortesi per arto superiore
- 06.12 Ortesi per arto inferiore
- 06.33 Calzature Ortopediche
- 12.22 Carrozzine
- 18.09 Ausili per la posizione seduta
- 22.03 Ausili per la vista
- 22.06 Ausili per l'udito

Ausili di serie pronti per l'uso – D.P.C.M. 12/01/2017 - allegato 5 – elenco 2B

- 04.03 Ausili per terapia respiratoria
- 04.06 Ausili per terapia circolatoria
- 04.08 Indumenti a compressione
- 04.19 Ausili per somministrazione medicinali
- 04.24 Ausili per test fisici e biochimici

- 04.33 Ausili per l'integrità tessutale (ausili antidecubito)
- 06.06 Ortési per arto superiore
- 06.30 Protesi non di arto
- 09.06 Ausili da indossare per la protezione del corpo
- 09.12 Ausili per evacuazione
- 09.33 Ausili per lavarsi, per fare il bagno e per la doccia
- 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio
- 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzabili con due braccia
- 12.18 Cicli
- 12.22 Carrozine
- 12.23 Carrozine a motore elettrico
- 12.27 Veicoli e mezzi di trasporto
- 12.31 Ausili per il trasferimento
- 12.36 Ausili per il sollevamento
- 12.39 Ausili per l'orientamento
- 15.09 Ausili per mangiare e bere
- 18.09 Ausili per la posizione seduta
- 18.12 Letti
- 18.18 Sistemi di sostegno
- 18.30 Ausili per il superamento di barriere verticali
- 22.03 Ausili per la vista
- 22.12 Ausili per il disegno e la scrittura
- 22.18 Ausili per registrare e riprodurre audio e video
- 22.21 Ausili per la comunicazione interpersonale
- 22.24 Telefoni e ausili per telefonare
- 22.27 Ausili per indicazioni, segnalazioni e allarmi
- 22.30 Ausili per la lettura
- 22.36 Dispositivi d'ingresso per computer
- 22.39 Dispositivo d'uscita per computer
- 24.09 Ausili per gestire e controllare dispositivi

24.13 Sistemi di controllo a distanza

24.18 Ausili per assistere e/o sostituire funzioni di braccia e/o mani e/o dita

24.21 Ausili per raggiungere e prendere altri oggetti

ANAGRAFICA della Sede operativa per cui si richiede l'iscrizione in elenco e orari di accesso

Ragione sociale sede operativa _____

Indirizzo Sede operativa _____

CAP _____ Comune _____

Indirizzo Filiale _____

CAP _____ Comune _____

Partita IVA _____

Codice Fiscale _____

Numero REA _____

Numero ITCA (ove previsto) _____

data inizio attività _____

Cognome e nome (titolare/ legale rappresentante)

Telefono/i

Fax

Indirizzo PEC

Indirizzo E-mail

Sito web

Orari di apertura al pubblico: Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

Domenica _____

Nota: Per ogni altra sede operativa per cui si intende richiedere l'iscrizione in elenco va ripetuta l'istanza.

Allega alla presente richiesta i seguenti documenti:

1. Planimetria dei locali 1/100, in originale (completa di schema distributivo delle funzioni e di allocazione dei macchinari) e relazione tecnica, in originale, ambedue sottoscritte da un professionista abilitato (con timbro e firma)
2. Iscrizione CCIAA di _____ (non antecedente a tre mesi)

3. Partita IVA
4. Comunicazione inizio attività (SCIA)
5. Coordinate bancarie
6. Autocertificazioni ai sensi del D.P.R. 445/2000, rese dal sottoscritto (e da tutti gli eventuali soci), attestanti:
 - Di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di amministrazione controllata, di concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente e non trovarsi in situazioni ostative rispetto all'attività da svolgere;
 - Di non trovarsi in una delle condizioni ostative di cui alla legge n. 55/1990 e successive modifiche e integrazioni;
 - Essere in regola con le dichiarazioni e i relativi adempimenti in materia di contributi sociali nonché in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell'art. 17 della legge n. 68/1999;
 - Che nei propri confronti non sia stata pronunciata una sentenza di condanna passata in giudicato in ordine a reati attinenti allo svolgimento delle relative attività professionali. (In caso contrario indicare le condanne subite).
7. Copia di un documento di identità valido dei sottoscrittori delle autocertificazioni.

Allega inoltre alla presente:

- Copia autenticata, ai sensi della normativa vigente, dei titoli professionali in possesso del tecnico abilitato;
- Copia di un documento di identità valido del tecnico abilitato;
- Dichiarazione sostitutiva ex D.P.R. 445/2000, resa dal legale rappresentante, attestante l'orario di apertura al pubblico;
- Idonea documentazione (o dichiarazione sostitutiva ex D.P.R. 445/2000), resa dal legale rappresentante, attestante la tipologia del rapporto di lavoro e l'orario di lavoro del suddetto tecnico abilitato.

Il sottoscritto _____ si impegna altresì ad acquisire tutte le autorizzazioni, pareri e/o nulla osta, occorrenti per la suddetta attività, la cui competenza al rilascio non è a carico dell'ASP di _____ ma di altre Amministrazioni Pubbliche.

Estremi licenza commerciale e/o artigianale e/o industria comunale ovvero data presentazione DIAP/SCIA ove in possesso o richiesto (Documento licenza/autorizzazione all'esercizio dell'attività)
Estremi Autorizzazione Sanitaria
D.V.R. per la salute e la salute dei lavoratori (Documento di valutazione dei rischi per la salute dei lavoratori redatto secondo il D.lgs. 81/08 e s.m.i.)
Sistema di gestione informatico: (Software gestionale dedicato) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Manuale di gestione della qualità (requisito richiesto ai soli fabbricanti). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fascicoli analisi dei rischi (Informazione richiesta solo ai fabbricanti - aggiornamento alla norma vigente con revisione.)
Gestione tracciabilità prodotto (indicazione matricola dispositivo) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registro lavorazioni esternalizzate (ove applicabile) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Registro gestione non conformità
Registro gestione sinistri/mancati sinistri

Registro gestione reclami
Registro Gestione Manutenzione Apparecchiature
Registro rifiuti speciali/sistema SISTRI (requisito richiesto ai soli fabbricanti).
Registro formazione del personale
Iscrizione all'albo professionale del Direttore Tecnico: (Legge n.3/2018) Estremi del certificato di iscrizione:
Iscrizione all'albo professionale operatore sanitario: (Legge n.3/2018) Estremi del certificato di iscrizione:
Organigramma della sede operativa principale/altra sede operativa di cui viene chiesta l'iscrizione (Pianta organica del personale da esporre anche al pubblico)

Luogo e data _____

Timbro e firma leggibile per esteso