



Azienda Sanitaria Provinciale



Assessorato della Salute

*Richiesta di iscrizione nell'Elenco Regionale dei Fornitori Ausili e/o Presidi  
(rilasciato ai sensi del D.A. ....)*

*schema di istanza da riprodurre su carta intestata del richiedente*

**Alla Direzione Generale dell'ASP  
(indirizzare alla ASP competente territorialmente)**

**Oggetto: richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori abilitati alla erogazione di dispositivi ortoprotesici, ottici, ausili per l'udito, presidi di serie.**

Il Sottoscritto (cognome e nome): \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di:

titolare

legale rappresentante

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

**D I C H I A R A ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445**

che la Ditta (denominazione): \_\_\_\_\_

ubicata a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

rientra fra i Fornitori di :  dispositivi ortoprotesici  Ottici  Ausili per l'udito  presidi di serie

**Dichiara inoltre:**

**C H I E D E**

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 in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti al vero, dichiara di possedere i requisiti previsti dal D.A. .... e di volere operare per conto del S.S.N. per la fornitura dei seguenti ausili e/o presidi:

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'GG'.

(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 Ortesi 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 Carrozzine

12.23 Carrozzine 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.

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



**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