



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara

sede legale: viale Roma n.7 – 28100 Novara  
tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## **BANDO PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZA DI AMMISSIONE ALLA GRADUATORIA DEI LABORATORI ODONTOPROTESICI**

EX D.G.R. N. 39-14910 del 28/02/2005

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO", nell'ambito degli obiettivi di salute stabiliti per il Servizio Odontoprotesico Regionale ed in esecuzione della D.G.R. n° 39-14910 del 28.02.2005, comunica ai laboratori odontotecnici, in possesso dei requisiti previsti dalla citata Deliberazione di Giunta, l'apertura dei termini per la presentazione della domanda di ammissione alla graduatoria, finalizzata alla individuazione dei Laboratori da Convenzionare per la fornitura di manufatti protesici in favore dei cittadini utenti, secondo le norme stabilite dalla Regione Piemonte.

La graduatoria sarà valida per il triennio 2019-2021, ai fini della instaurazione dei nuovi rapporti convenzionali, prevedendo l'automatica decadenza di tutte le Convenzioni precedentemente stipulate.

*I laboratori convenzionabili sono fissati nel numero di 10 (dieci); sarà adottato il seguente criterio di rotazione degli stessi: limite di budget semestrale pari ad € 15.000,00 (quindicimila) esclusi accessori e riparazioni, raggiunto il quale è prevista la sospensione della operatività convenzionale per il semestre successivo.*

A tal fine si invitano i Titolari o i legali Rappresentanti dei laboratori odontotecnici interessati, a proporre regolare istanza utilizzando il facsimile di domanda, da riprodurre su carta intestata del Laboratorio Odontotecnico.

Gli stessi, al fine di documentare i requisiti tecnici, umani e strumentali così come prescritti dalla succitata D.G.R. nella parte RC/1, devono compilare i moduli A e B di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

La suddetta modulistica, costituente parte integrante e sostanziale del presente bando, è reperibile presso la sede della s.s. Cure primarie e specialistiche della Asl NO – viale Roma n.7 (palazzina A, primo piano) – 28100 Novara. Eventuali informazioni potranno essere richieste alla sig.ra Laura Pirletti (presso il recapito sopra citato; tel. 0321.374504; email: [gestionecnu@asl.novara.it](mailto:gestionecnu@asl.novara.it)).

La domanda di accesso alla convenzione e la relativa necessaria documentazione, unitamente alla copia fotostatica della Carta di Identità, devono pervenire (non vale il timbro di partenza), a mezzo di Raccomandata A/R, **entro il 31 gennaio 2019**, all'indirizzo:

*“ASL NO - s.s. Coordinamento Cure primarie e specialistiche – v.le Roma n.7 – 28100 Novara”*, oppure essere trasmesse per posta elettronica certificata a [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)

Il presente Bando verrà pubblicato secondo le vigenti disposizioni normative e contestualmente reso disponibile sul sito internet dell'A.S.L. "NO" e sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

**il Direttore Generale**  
(dott.ssa Arabella Fontana)

Facsimile di domanda di convenzionamento  
da riprodurre su carta intestata (O CON TIMBRO IN CALCE)  
del Laboratorio Odontotecnico

**DOMANDA DI CONVENZIONAMENTO  
PER FORNITURA DI PROTESI DENTARIE MOBILI**  
(AI FINI PREVISTI DALLA D.G.R. n° 39 -14910 DEL 28 FEBBRAIO 2005)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_)  
(Cognome) (Nome)

nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.)

residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.) (indirizzo)

Nella qualità di:

- . Titolare del Laboratorio Odontotecnico  
 . Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico \_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
(Luogo)

Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo e\_mail : \_\_\_\_\_

Indirizzo di p.e.c. (posta elettronica certificata) se attivato: \_\_\_\_\_

**CHIEDE  
DI ESSERE AMMESSO AL CONVENZIONAMENTO CON L'ASL NO**

ALLEGA:

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (Modulo A – Modulo B)
- Documentazione richiesta
- Copia fotostatica della carta di Identità o di documento di riconoscimento equipollente (ovvero passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La domanda di accesso alla convenzione e la relativa necessaria documentazione, unitamente alla copia fotostatica della Carta di Identità, devono pervenire (non vale il timbro di partenza), a mezzo di Raccomandata A/R, **entro il 31 gennaio 2019**, all'indirizzo:  
"ASL NO - s.s. Coordinamento Cure primarie – v.le Roma n.7 – 28100 Novara",  
oppure essere trasmesse per posta elettronica certificata a  
[protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
 Resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445  
 per i fini previsti dalla D.G.R. n° 39-14910 del 28 Febbraio 2005

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_)  
(Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.) (indirizzo)

Nella qualità di:

- . Titolare del Laboratorio Odontotecnico  
 . Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico \_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
(Luogo)

Partita IVA \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità.

**DICHIARA:**

**1. IN MERITO AI REQUISITI AZIENDALI:**

1.1 Ragione Sociale \_\_\_\_\_

1.2 Sede operativa \_\_\_\_\_

1.3 Convenzioni con SSR già esistenti

A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

allega in copia:

1.4 Certificato Storico – Camera di Commercio

1.5 Autorizzazione Comunale esercizio attività (\*)

1.6 Registrazione al Ministero della Salute

**2. IN MERITO ALLE RISORSE UMANE**

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

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

allega in copia:

Curriculum completo dei titoli di studio

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

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**2.3 COLLABORATORI ESTERNI:** le collaborazioni esterne, limitatamente alla lavorazione di scheletrati in cromo-cobalto. 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 Partita IVA

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_ sede operativa \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_ sede operativa \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Cognome, Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_ sede operativa \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

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

3.1 **allega** elenco delle attrezzature in possesso ed in uso al Laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici: (Descrizione e Marca)

3.2 **in particolare**, secondo quanto previsto dallo schema di convenzionamento allegato alla D.G.R. n. 39 - 14910 del 28/02/05, avente ad oggetto "Approvazione del Documento relativo al Servizio Odontoprotesico Regionale mediante la stipula di apposita convenzione tra le Aziende Sanitarie Locali e i Laboratori Odontotecnici.

Ai sensi e agli effetti del D.P.R. 445/2000, e successive modificazioni  
(consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi)

**DICHIARA**

Di **disporre** delle sotto specificate risorse strumentali (certificate C.E.) utilizzate per la realizzazione di protesi mobili mediante la seguente tipologia di lavorazione: **"PROTESI MOBILI IN ACRILICO CON MACCHINARI AD INIEZIONE E PRESSIONE CONTROLLATA E POLIMERIZZATA A CALDO IN VIA UMIDA (a tempo e temperatura controllata)";**

TIPOLOGIA DI MACCHINARIO	MARCA	titolo d'uso

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n° 445 la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed inviata unitamente a una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

**4. IN MERITO ALLE METODOLOGIE COSTRUTTIVE ED AL CONTROLLO DELLA QUALITÀ**

4.1 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 DGR; 39-14910
- Protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure costruttive ed alla prescrizione sanitaria;
- Protocolli per la verifica periodica delle apparecchiature, per l'aggiornamento dei materiali d'uso e per la verifica periodica della qualità

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n° 445 la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed inviata unitamente a una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

- IN MERITO ALLA NORMATIVA CEE SUI DISPOSITIVI MEDICI – DISPOSITIVI DENTALI SU MISURA – ESPRESSAMENTE E MEDIANTE SPECIFICA SOTTOSCRIZIONE,**

**DICHIARA**

di operare nel pieno degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D.lgs. 24/02/1997 n° 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n° 445 la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed inviata unitamente a una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

- IN MERITO ALL'ASSENZA DI FATTI O SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'**

**DICHIARA**

che presso il proprio laboratorio non operano e non sono cointeressate persone legate al SSN da rapporto convenzionale o di impiego, o che comunque svolgono la loro attività in altre strutture convenzionate con il SSN, 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. 24/02/1997 n° 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n° 445 la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed inviata unitamente a una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

- IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DEL D.Lgs. n° 196 del 30 /06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)**

*Il consenso viene recepito dall'ASL per ogni singolo paziente. Il Laboratorio si impegna a fornire "nota informativa" sul trattamento dei dati, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto odontoprotesico. Nel caso il Laboratorio utilizzi strumenti diversi da quello cartaceo fornito dall'ASL, dovrà raccogliere autonomamente un ulteriore consenso informato dal paziente. La tempistica è quella prevista per tutti gli altri oggetti interessati al provvedimento. A partire dal 1° apri le 2006, l'utilizzazione di sistemi diversi di conservazione del documento cartaceo fornito dall'ASL dovrà essere dichiarato all'atto del convenzionamento. Anche i Laboratori già convenzionati dovranno produrre il DPS (documento programmatico per la sicurezza dei trattamenti dei dati personali) e l'ASL potrà procedere alla relativa verifica, ai sensi dell'art. 10, all 1), D.G.R. n. 39 -14910 del 28 febbraio 2005.*

**DICHIARA**

Di produrre il DPS (documento programmatico per la sicurezza dei trattamenti dei dati personali)

Di fornire modulo "nota informativa" sul trattamento dei dati richiesti, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto protesico.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n° 445 la sopraesesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed inviata unitamente a una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30.06.2003 n° 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.
---

**NOTA:** I documenti presentati in copia debbono essere resi conformi ai loro originali per mezzo della dichiarazione rilasciata sul modulo B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
Resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445  
per i fini previsti dalla D.G.R. n° 39-14910 del 28 Febbraio 2005

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_)  
(Cognome) (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.) (indirizzo)

Nella qualità di:

- . Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- . Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico \_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
(Luogo)

Partita IVA \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

che i sotto elencati documenti ed atti, presentati in copia ai fini previsti dalla DGR n° 39-14910 del 28/2/2005, sono conformi agli originali detenuti in proprio possesso e conservati presso il laboratorio odontotecnico \_\_\_\_\_

sito in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_:

---

---

---

---

---

---

---



MODULO B

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28.12.2000 n° 445 la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato ed inviata unitamente a una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30.06.2003 n° 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.