

Azienda sanitaria locale 'BI'

Bando per la presentazione di istanza di ammissione alla graduatoria dei Laboratori Odontoprotesici in applicazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28.02. 2005 e s.m.i.

In esecuzione della determinazione n.1101 del 22/10/2020 è pubblicato il bando per la presentazione di istanza di ammissione alla graduatoria dei Laboratori Odontoprotesici in applicazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28.02. 2005 e s.m.i.;

L'ASL di Biella, nell'ambito degli obiettivi di salute stabiliti per il Servizio Odontoprotesico Regionale ed in esecuzione della succitata DGR, comunica ai Laboratori Odontoprotesici in possesso dei requisiti previsti, 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 di cittadini utenti, secondo le norme stabilite dalla Regione Piemonte.

La graduatoria, al fine di rispondere meglio alle esigenze dell'ASL, è formulata secondo i criteri previsti dall'allegato RC/1 alla DGR citata.

Il numero dei laboratori convenzionati è stato definito in misura di n.8 Laboratori Odontoprotesici per la realizzazione di protesi standard (protesi removibili e scheletrati) con oneri predeterminati a carico degli utenti (conformi al Tariffario Unico Regionale approvato con D.G.R. n° 39-14910 del 28.02.2005 e s.m.i.) e di n° 2 Laboratori Odontoprotesici per la realizzazione di bite (classificati come "protesi speciali") con oneri predeterminati a carico degli utenti (conformi al Tariffario Unico Regionale approvato con D.G.R. n° 39-14910 del 28.02.2005 e s.m.i.).

In futuro si potrà richiedere la modifica del numero dei laboratori da convenzionare in relazione al variare di esigenze di programmazione locale.

L'entrata in vigore delle nuove convenzioni di cui alla DGR n.39 – 14910 del 28.02.2005, determinerà l'automatica cessazione di validità di tutte le convenzioni precedentemente siglate.

A tal fine s'invitano i titolari o legali rappresentanti dei Laboratori Odontoprotesici interessati a presentare istanza, utilizzando il fac simile di domanda allegata, da riprodurre su carta intestata del Laboratorio Odontoprotesico. Gli stessi, al fine di documentare i requisiti tecnici, umani e strumentali così come prescritti dalla succitata DGR, nella parte RC/1, devono compilare il Moduli A e B di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

Tutti i requisiti previsti, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione delle domande di ammissione e dovranno permanere durante tutto il periodo di convenzionamento.

La suddetta modulistica, costituente parte integrante e sostanziale del presente bando, è reperibile presso la sede della Segreteria del Distretto di Cossato – ASL BI – Via Pier Maffei n°59 – COSSATO. – tel 015/15159450.

La domanda di convenzionamento e la relativa necessaria documentazione, unitamente alla copia fotostatica della Carta di Identità, dovrà pervenire (non vale il timbro di partenza) a mezzo Raccomandata A.R. all'indirizzo: "S.S. Distretto di Cossato c/o Protocollo Generale ASL BI – Via dei Ponderanesi n° 2 – 13875 – PONDERANO (BI)" oppure essere trasmessa per posta elettronica certificata a: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it

Il termine per la presentazione delle istanze di ammissione scade improrogabilmente alle ore 12.00 del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel Bollettino Ufficiale Regione Piemonte.

Qualora detto termine venga a cadere in un giorno festivo o feriale non lavorativo, il termine stesso è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo. Non verranno prese in considerazione le domande pervenute oltre suddetto termine.

L'ASL BI di Biella si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare o modificare il presente bando o parte di esso, qualora ne rilevasse l'opportunità o la necessità a suo insindacabile giudizio.

Fac simile di domanda di convenzionamento
da riprodurre su carta intestata del Laboratorio Odontotecnico

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

Il sottoscritto _____ (C.F. _____)
nato a _____ (____) il _____
residente in _____ (____) Via _____
in qualità di:
 Titolare del Laboratorio Odontotecnico _____
 Legale Rappresentante del Laboratorio Odontotecnico _____
Sito in _____ (____) Via _____
Partita IVA _____
Indirizzo email/p.e.c. _____

CHIEDE

Che il suddetto laboratorio sia inserito nell'elenco dei laboratori odontotecnici idonei alla fornitura per la realizzazione di:

- protesi standard** (protesi rimovibili e scheletrati);
- bite** (classificati come protesi speciali)

ALLEGA:

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (Modulo A e Modulo B);

Documentazione richiesta;

Copia fotostatica della carta di identità o di documento di riconoscimento equipollente

Data _____

firma _____

La domanda di accesso alla convenzione e la relativa necessaria documentazione, unitamente alla copia fotostatica della Carta di Identità dovrà pervenire (non vale il timbro di partenza), entro i termini previsti dal bando, tramite posta all'indirizzo: "S.S. Distretto di Cossato c/o Protocollo Generale ASL BI – Via dei Ponderanesi n° 2 – 13875 – PONDERANO (BI)" oppure essere trasmessa per posta elettronica certificata a: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it

MODULO A

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. _____)

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via _____

in qualità di:

Titolare del Laboratorio Odontotecnico _____

Legale Rappresentante del Laboratorio Odontotecnico _____

Sito in _____ (____) Via _____

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 S.S.R. 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 di 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. _____

Allega in copia:

Curriculum completo dei titoli di studio

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

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, Marca);

3.2 In particolare, secondo quanto previsto dallo schema di convenzionamento allegato alla D.G.R. n.39 -14910 del 28.02.2005, avente per 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 a 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 sopraesposta 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 QUALITA'

4.1 Di essere in possesso e di produrre su richiesta:

- Protocolli costruttivi adottati dal laboratorio;
- Elenco dei materiali, completo di 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 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 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 nel 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° aprile 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.

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. _____)

nato a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) Via _____

in qualità di:

Titolare del Laboratorio Odontotecnico _____

Legale Rappresentante del Laboratorio Odontotecnico _____

Sito in _____ (____) Via _____

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 piu' rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

