

**CONTRATTO/ACCORDO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO
SANITARIE PER CONTO ED A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

L'anno 2016 il giorno DI CIASSETTE del mese di FEBBRAIO in Crotone

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone con sede legale in Crotone Via Mario Nicoletta c/o Centro Direzionale il Granaio, in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante pro-tempore, Dr. Sergio Arena, nato a Isola di Capo Rizzuto il 9/11/1954 P.I. 01997410798 (di seguito per brevità "ASP"), da una parte

E

Casa Protetta per disabili CARUSA, erogatore di prestazioni di assistenza Socio Sanitaria Residenziale per Disabili in persona del legale rappresentante p.t. Dr. Robert Oliveti P.I. 02458980790 con sede legale in Cotronei, Via Carusa, (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte,

L'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte

Premesso che:

- con D.G.R. n. 845 del 16 dicembre 2009, ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima Regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009, è stato approvato il programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per il triennio 2010-2012 (cd. Piano di Rientro);
- con D.G.R. n. 908 del 23.12.2009, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010, è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria, per il Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1, c. 180, della L. 30.12.2004, sottoscritto in data 17 dicembre 2009;
- con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 è stato nominato l'ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- con la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 è stato nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- con DCA n. 14 del 2/04/2015 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135;
- in coerenza con gli obiettivi posti dal Programma Operativo, la Regione Calabria intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Provinciali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e socio sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accreditamento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;
- i predetti obiettivi possono essere perseguiti, tra l'altro, attraverso l'acquisizione da parte della ASP competente della documentazione elencata all'articolo 2) del presente accordo;

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA



- che le tariffe regionali applicate sono quelle *ratione temporis* vigenti;
- che la definizione dei *budget* rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento.

VISTI:

- il comma 2 dell'art. 8-*quater* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., ai sensi del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo alcuno per le Aziende Sanitarie di corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2 D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera *e-bis* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quater* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che prevede espressamente: "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso";
- la L.R. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale n. 13 dell'01/09/2009;
- il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR);
- la legge 23 dicembre 2014, n. 190 che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014/2015, di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR);

Tutto ciò premesso e considerato, parte integrante e sostanziale del presente accordo, le Parti convengono quanto segue:

Articolo 1

Identificazione della struttura e dichiarazioni

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento n.1 del 5/1/2011 per la struttura C.P. CARUSA, sita in Cotronei, Via Carusa, cod. struttura CPD003 cod. NSIS CPD013 (di seguito denominata "Struttura").
2. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di (*barrare la/e caselle corrispondenti*)

assistenza ospedaliera per n. p.l. ____ (*p.l. totali*) per le seguenti discipline:

____ p.l. ordinari ____ p.l. Dh/Ds ____
 ____ p.l.ordinari ____ p.l. Dh/Ds ____

assistenza specialistica ambulatoriale e di laboratorio (*compresi APA e PAC* per le seguenti branche;

☐ assistenza riabilitativa psichiatrica per:

n. p.l. ____ residenziali;

n. trattamenti ____ semiresidenziali;

☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Anziani per n. p.l. ____;

☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Disabili per n. p.l. ____;

☐ assistenza sanitaria residenziale in RSA Medicalizzata per n. p.l. ____;

☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Anziani per n. p.l. ____

X assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Disabili per n. p.l. 60

☐ assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso per: n.

p.l. ____ residenziali;

n. trattamenti ____ semiresidenziali;



3. L'Erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le quali è stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate, e delle direttive del Dipartimento Tutela della Salute e dell'ASP. Al tal fine, ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 2), l'Erogatore dichiara:
- a. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti;
 - b. di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
 - c. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D.Lgs. 159/2011 (codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale della struttura;
 - d. di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio, presso la propria struttura, delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, impegnandosi a garantire la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto, sono fatti salvi caso fortuito e forza maggiore.

rappresentante della struttura attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 dicembre 2015;

f.2. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a Euro 200.000,00 per effetto di aggregazioni successive al 31 marzo 2015, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 dicembre 2015;

f.3. per i contratti il cui valore è inferiore a € 200.000,00 annuo, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione;

g. autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991;

h. dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

2. L'erogatore è tenuto a trasmettere tutte le dichiarazioni sopra richieste e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia entro il 15 settembre 2015.
3. Su richiesta dell'ASP o del Dipartimento Tutela della Salute, l'Erogatore fornirà all'ASP ogni ulteriore eventuale documento che non sia già in possesso dell'amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.
4. Ciascuna ASP è tenuta a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni dalla data di ricezione e, comunque, entro e non oltre il 30 ottobre.
5. In caso di mancata produzione della documentazione ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, l'ASP diffida la struttura adempiere entro e non oltre 15 giorni; in caso di inottemperanza si applica quanto previsto al successivo articolo 12, comma 5.

Articolo 3

Oggetto del Contratto

1. Sino a concorrenza dell'importo massimo stabilito al successivo articolo 4) l'ASP affida all'Erogatore lo svolgimento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie meglio indicate al superiore articolo 1, a favore degli aventi diritto che, esercitando libera scelta, opteranno di accedere per il tramite della Struttura dell'Erogatore alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale.
2. L'Erogatore si obbliga a svolgere le prestazioni sanitarie e socio sanitarie per tutta la durata del presente Contratto, alle condizioni, nei termini e secondo le modalità in esso stabilite.
3. L'ASP territorialmente competente s'impegna, in base alla vigente normativa, a remunerare la struttura nei limiti di seguito indicati.

Articolo 4

Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale

1. La Struttura eroga prestazioni di assistenza **ospedaliera**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. del _____ per l'anno 2015 è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori Regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

1.1. Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA, previo preavviso di almeno 24 ore, segnalato dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare di norma il limite massimo del 15% dell'attività di ricovero consentita alla

struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del *budget* assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Calabria, Direzione del Dipartimento tutela della Salute. Il trasferimento da PS/DEA verso la struttura deve essere effettuato garantendo la sicurezza del paziente e la sua trasferibilità.

- 1.2. Il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa preventivato, distinte per tipologia e per tipo di ricovero (degenza ordinaria e degenza a ciclo diurno), per discipline e per classe di DRG devono obbligatoriamente essere riportate nell'allegato A) al presente atto. L'erogatore, con la firma del presente atto, s'impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di prestazioni. Eventuali deroghe motivate dovranno essere espressamente autorizzate dall'ASP territorialmente competente, previo parere vincolante del Dipartimento Tutela della Salute.
- 1.3. Entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente atto, i Direttori Generali/Commissari delle ASP devono garantire il confronto tra gli erogatori privati accreditati e le Direzioni sanitarie dei singoli Presidi Ospedalieri, afferenti il territorio di rispettiva competenza, al fine di concordare forme di collaborazione finalizzate a decongestionare le UU.OO. di degenza per acuti delle strutture pubbliche, favorendo il trasferimento dei pazienti che necessitano di trattamenti in post-acuzie, fruibili presso le strutture accreditate, fermo restando il limite complessivo di budget assegnato.

2. Per l'erogazione delle **prestazioni di APA e PAC**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. ____ del per l'anno 2015 è di _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa.

3. La struttura eroga prestazioni di **specialistica ambulatoriale**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. ____ del per l'anno 2015 è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa.

3.1. L'Erogatore s'impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema CUP regionale, non appena avviato, almeno il 40% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DPGR-CA n.141 del 16/10/2013 recante il "Adempimenti urgenti per l'attuazione del Piano di Governo delle liste d'attesa e i relativi monitoraggio".

4. Per le prestazioni di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo, occorre far riferimento a quanto di seguito riportato:

4.1. il volume delle prestazioni erogabili, distinte per tipologia di prestazione e branca specialistica, nei limiti del tetto di spesa preventivato (a fronte del volume e delle tipologie di prestazioni concordate) viene obbligatoriamente riportato nell'allegato B) al presente atto. L'erogatore, con la firma del presente atto, si impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di prestazioni.

4.2. Eventuali deroghe motivate dovranno essere espressamente autorizzate dall'ASP territorialmente competente, previo parere vincolante del Dipartimento Tutela della Salute.

4.3. la Struttura documenta l'attività sanitaria erogata a mezzo del flusso informativo FILE C, che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. Il FILE C deve essere la riproduzione fedele delle prestazioni prescritte sul ricettario SSN dal medico prescrittore le quali non possono essere in nessun caso modificate e/o integrate.

4.4. l'Azienda effettuerà controlli informatici sul FILE C e controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste. I controlli dovranno, tra l'altro, riguardare:

- > il rispetto delle indicazioni previste sull'erogabilità delle prestazioni nei provvedimenti regionali di applicazione dei L. 5A;
- > il rispetto delle condizioni di prescrivibilità in rapporto alla diagnosi;
- > le modalità di erogazione delle prestazioni.



4.5 per consentire il necessario monitoraggio dell'andamento della spesa nonché l'appropriatezza delle prestazioni erogate, l'Erogatore si obbliga a trasmettere all'ASP e alla Regione i dati di attività con le modalità e nei termini previsti dalle specifiche disposizioni regionali in merito ed ai fini della trasmissione al Ministero dell'Economia e delle Finanze dei dati di cui all'art. 50, co. 6 e 7 del D.L. 30.9.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. n. 326/03.

- 5 Per le strutture che erogano prestazioni di **RSA Anziani/RSA Disabili/ CP Anziani/CP Disabili** (*distinguere le diverse tipologie*): il **budget complessivo** assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n.81/2015 per come modificato ed integrato dal DCA n°16/2016 per l'anno 2015 è di € 907.304, come di seguito calcolato:

51.RSA Anziani: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

52.RSA Disabili: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

53.CP Anziani: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

54. **CP Disabili**: pl acquistati n. **60** x € **445.433,00** dal **1 Gennaio 2015 al 10 Giugno 2015**, e di € **461.871,00** dal **11 Giugno 2015 al 31 Dicembre 2015**, per un importo complessivo di € **907.304** per l'anno 2015 a carico del FSR, più 60% a carico Fondo Sociale. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

55. Durante eventuali ricoveri degli ospiti in Ospedale, le strutture devono mantenere per almeno 10 giorni, il posto letto riservato, e tale garanzia per il paziente viene remunerata con il 10% della retta a carico del SSR.

6. Per le strutture che erogano prestazioni di **riabilitazione estensiva extra-ospedaliera**: il **budget** complessivo assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. ____ del _____ per l'anno 2015 è di € _____, come di seguito calcolato:

Ciclo continuativo	pl acquistati	n. ____	x tariffa € ____	x n. ____	gg = € ____	; _____ % a carico Fondo sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale;
Ciclo diurno trattamenti	n. ____	x tariffa € ____	x n. ____	gg = € ____	- € ____	
Ambulatoriale individuale	trattamenti	n. ____	x tariffa € ____	x n. ____	gg = € ____	;
Ambulatoriale piccolo gruppo	trattamenti	n. ____	x tariffa € ____	x n. ____	gg = € ____	
Domiciliare	trattamenti	n. ____	x tariffa € ____	x n. ____	gg = € ____	

6.1. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

7. Per le strutture che erogano **prestazioni psichiatriche**: il **budget** all'Erogatore dal decreto commissariale n. ____ del _____ per l'anno 2015 è di € _____.

pl residenziali acquistati n. ____ x retta giornaliera € ____ x n. ____ gg. = € _____;

n. p.l. ____ semiresidenziali trattamenti n. ____ x tariffa € ____ x n. ____ gg = € _____;

7.1. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

8. Per le strutture che erogano prestazioni di **assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso** il **budget** all'Erogatore dal decreto commissariale n. ____ del _____ per l'anno 2015 è di € _____.

pl residenziali acquistati n. ____ x retta giornaliera € ____ x n. ____ gg. = € _____;

n. p.l. ____ semiresidenziali trattamenti n. ____ x tariffa € ____ x n. ____ gg = € _____;

8.1. Tale **budget** si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

9. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, l'Erogatore ha preso atto e con il presente Contratto dichiara espressamente di accettare, per l'erogazione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale, completamente ed incondizionatamente, quale tetto massimo annuo 2015 (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro ().



10. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'erogatore, la procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dell'art. 8 – quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

11. Le prestazioni erogate nell'anno 2015, in regime di *prorogatio* ai sensi dell'art. 9 del contratto stipulato nell'anno 2014, nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto, sono ricomprese nel Tetto massimo annuo, per come determinato al punto precedente, che costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore per l'anno 2015.
12. Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto il corso dell'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.
13. Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del S.S.R. e, ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8-quinquies, comma 2 lettera e-bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i richiamato nelle premesse.
14. Al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 6), l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, e di quella appropriata accertata in contraddittorio con l'ASP.

Articolo 5

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie

1. Le Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia di appropriatezza e qualità.
2. L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, e si impegna a tenere a disposizione dell'ASP e della Regione Calabria, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata.
3. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del S.S.R., è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal 17 novembre 1988 n. 350, dal DM 17 marzo 2008 e Decreto 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero attraverso lettera o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:
 - a. Dati anagrafici del paziente;
 - b. Tipo di trattamento richiesto.
- 3 bis Ai fini dell'appropriatezza e della corretta remunerazione, deve essere previsto, da parte delle UVM competenti per territorio, il controllo della coerenza tra le condizioni cliniche dei pazienti e il ricovero nelle diverse tipologie di strutture private eroganti prestazioni sanitarie e socio sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare, secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali in materia;
4. Le prestazioni sanitarie e socio sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.
5. L'Erogatore s'impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e socio sanitarie nel pieno rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. obbligandosi di osservare le misure minime di sicurezza e,

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA



segnatamente per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

- a. l'autenticazione informatica;
 - b. l'adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
 - c. l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
 - d. l'aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici – provvedendo anche alla formazione degli stessi al fine di garantire l'effettiva protezione dei dati, nonché l'efficacia delle misure minime adottate;
 - e. la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;
 - f. l'adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;
 - g. l'adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.
6. Si impegna, in ogni caso, al rispetto di quanto previsto al titolo V°, del D.Lgs. n. 196/2003, rubricato: *"Trattamento di dati personali in ambito sanitario"*.
7. Le prestazioni sanitarie e socio sanitarie dovranno essere erogate da personale operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazione di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

Articolo 6

Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

1. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, l'ASP e la Regione Calabria potranno in qualunque momento dare corso a ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 ore.
2. Le verifiche si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, in caso d'impedimento, dovrà delegare la relativa funzione. A tal fine, l'Erogatore s'impegna a:
 - a. predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASP e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;
 - b. conservare la documentazione relativa alle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna all'ASP e alla Regione.
3. In ogni caso, l'Erogatore s'impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.
4. La struttura s'impegna a conservare, in ogni caso, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario, per il periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della sanità n. 61 del 19 dicembre 1986 e s.m.i.).
5. La struttura s'impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dall'ASP ovvero dalla Regione onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.
6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.
7. La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.
8. L'erogatore si impegna a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi stabiliti dalle normative nazionali, ministeriali (NSIS) e regionali. L'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA



contratto ai sensi dell'art. 12:

Articolo 7

Tariffe e Corrispettivi

1. Per ciascuna Prestazione Sanitaria e Socio Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, l'ASP sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore, entro i limiti del budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione alle tariffe *ratione temporis* vigenti. Il tetto di spesa per pazienti regionali ed extraregionali è inteso al lordo della compartecipazione alla spesa dei cittadini per le prestazioni di APA e PAC e di specialistica ambulatoriale;
2. Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie.
3. Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e-bis) del D.Lgs. 502/1992, a mente del quale "le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato".
4. Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente articolo 6), e sino all'intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

Articolo 8

Bilanci, modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

1. L'istruttoria amministrativo-contabile verrà eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali ed è condizionata alla presentazione della fattura e degli allegati che diano conto delle prestazioni erogate. L'Erogatore s'impegna a fatturare secondo il formato di fatturazione elettronica, in adempimento a quanto previsto dal D.Lgs. 24/04/2014 n. 66.
2. La successiva validazione delle fatture, la liquidazione, la certificazione e il pagamento dovranno avvenire in conformità alla normativa nazionale e regionale vigenti, nel rispetto, in ogni caso delle modalità e dei tempi di volta in volta in uso presso la Regione.
3. La procedura di liquidazione avrà a oggetto anche la verifica della posizione di ciascuna impresa in relazione a quanto disposto dall'articolo 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, come attuato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 e da ultimo interpretato dalla Circolare MEF n. 29 dell'8 ottobre 2009 ("l'Art. 48-bis") nonché la verifica della regolarità contributiva prevista dal Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 24 ottobre del 2007 ("D.M. 24 ottobre 2007") e ss. mm. e ii.
4. Ai sensi dell'art. 1, comma 5, lett. b) del DM 2 aprile 2015, n. 70 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, l'Erogatore è tenuto annualmente a trasmettere alla Regione Calabria, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici e depositato in CCIAA.

Articolo 9

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto decorre dal 1 ° gennaio 2015 e avrà durata sino al 31 dicembre 2015.
2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni dei sinallagma che regolerà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, andrà a svolgere



la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2016, le condizioni oggi convenute con il presente contratto rimangono provvisoriamente confermate.

3. Il presente contratto è redatto in quattro copie, una per la Struttura e tre per l'ASP, che ne curerà tempestivamente la notifica di due esemplari uno alla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e uno alla Struttura Commissariale.

Articolo 10

Cessione del Contratto

1. Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso della Regione Calabria. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 12) e causa di risoluzione del contratto.

Articolo 11

Cessione dei crediti

1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione all'ASP competente (al domicilio indicato) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa a mezzo plico raccomandato con avviso di ricevimento. Entro il termine di 45 giorni dalla ricezione dell'atto, trasmesso con le modalità di cui sopra, l'ASP è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo ovvero al fax o all'indirizzo di posta elettronica certificata, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà, comunque, efficacia nei confronti dell'ASP, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.
2. L'ASP s'impegna a comunicare l'accettazione della cessione del credito.
3. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra ASP e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari.

Articolo 12

Risoluzione per grave inadempimento

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto s'intenderà risolto *ipso iure*, su dichiarazione della Regione Calabria, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:
 - a. falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'art. 1) lettere a), b) e c) del presente Contratto;
 - b. accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 2) lettera g);
 - c. violazione dell'art. 10 in materia di cessione del contratto;
 - d. diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo;
2. Il presente Contratto s'intenderà, altresì, risolto, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:
 - a. esistenza di precedenti condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
 - b. accertata violazione delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie (art. 2, lettera h);
 - c. ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 5);
 - d. impedimento al controllo esercitato da ASP o Regione Calabria ai sensi dell'art. 6);
 - e. inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 6);
 - f. inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.
3. In caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in



carico.

4. Qualora l'ASP ravvisi una delle condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale contestazione. Trascorso tale termine, l'ASP invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione. La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 cc.
5. Fermo e impregiudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 2) lettere b), c), d), e), g), h) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della ASP, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinarne la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente inadempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.
6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto dell'ASP e, conseguentemente, della Regione Calabria al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.
7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, il contratto sarà risolto *ipso iure* su dichiarazione dell'ASP senza concessione di termini per dedurre.
8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura s'impegna a non ricoverare pazienti (salvo che per esigenze indifferibili e su richiesta dell'ASP territorialmente competente).

Articolo 13

Controversie

1. Tutte le controversie relative o derivanti dal presente Contratto, saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede l'ASP che sottoscrive il presente Contratto, con esclusione di ogni Foro concorrente.

Articolo 14

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
- 1-bis In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni /impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili;
2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.
3. Ai sensi dell'art. 8 *quiquies*, comma 2 *quiquies* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., in caso di mancata stipula degli accordi, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 *quater* della struttura è sospeso.

Articolo 15

Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 10 U. imposta di registro di

A. 
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA



cui al D.P.R.n° 131/1986.

Articolo 16

Elezione di domicilio

1. Le parti eleggono domicilio a ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto/accordo presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.
2. L'ente/ la società elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata: centriassistenzialimonisolivetisrl@legalmail.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC direzione generale@pec.asp.crotone.it

CROTONE, 17/2/2016

L'Azienda Sanitaria Locale

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. S. G. ALBANA

L'Erogatore



CLAUSOLE VESSATORIE: Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del cc, l'Erogatore dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 2) Documentazione e adempimenti; 4) Volume di prestazioni erogabili e corrispettivi massimi; 5) Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie; 6) Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore, 7) Tariffe e Corrispettivi; 8) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi, 10) Cessione del Contratto; 11) Cessione dei crediti; 12) Risoluzione per grave inadempimento; 14) Clausola di salvaguardia

Letto, confermato e sottoscritto in quattro originali: uno per ciascuno dei sottoscrittori, il terzo da consegnare alla Regione Dipartimento tutela della salute e il quarto Struttura Commissariale

L'Azienda Sanitaria Locale

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. S. G. ALBANA

L'Erogatore





Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

(ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)

CERTIFICATO NUMERO: 1779/2016/R

Al nome di:

Cognome OLIVETI
Nome CESARE ANTHONY
Data di nascita 30/11/1965
Luogo di Nascita HOBOKEN - STATI UNITI D'AMERICA
Sesso M

sulla richiesta di: INTERESSATO
per uso: AMMINISTRATIVO (ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)

Si attesta che nella Banca dati del Casellario giudiziale risulta:

NULLA

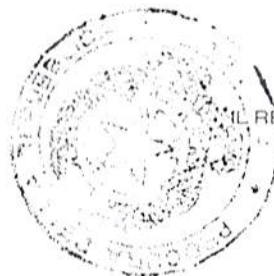
ESTRATTO DA: CASELLARIO GIUDIZIALE - PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI CROTONE

Si attesta l'avvenuto pagamento (art. 273 e 285 T.U. 30/5/2002 n. 115) del

☒ diritto di certificato

☐ diritto di urgenza

CROTONE, 19/02/2016 11:20



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.



Certificato dei carichi pendenti ai sensi dell'art. 60 c.p.p.
OLIVETI CESARE ANTHONY



N. prot. 349/16

PROCURA della REPUBBLICA CROTONE

CERTIFICATO DEI CARICHI PENDENTI

Al nome di: OLIVETI CESARE ANTHONY
data nascita: 30/11/1965
luogo nascita: HOBOKEN (USA)

Su richiesta dell'interessato si certifica, ai sensi dell'art. 60 c.p.p., che dal Registro Informatizzato delle Notizie di Reato di questa Procura della Repubblica con dati aggiornati al giorno 18/02/2016 alle ore 13:13:48:

NON RISULTANO CARICHI PENDENTI

Per uso Amministrativo.

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla Legge.

CROTONE lì, 18/02/2016

Compilatore (751)



(Il Cancelliere)

OLIVETI CESARE ANTHONY 18/02/2016 13:13:48



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

(ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)

CERTIFICATO NUMERO: 1778/2016/R

Al nome di:

Cognome **OLIVETI**
Nome **MARCELL TERESA**
Data di nascita **24/11/1959**
Luogo di Nascita **NEW YORK - STATI UNITI D'AMERICA**
Sesso **F**

sulla richiesta di: **INTERESSATO**
per uso: **AMMINISTRATIVO (ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)**

Si attesta che nella Banca dati del Casellario giudiziale risulta:

NULLA

ESTRATTO DA: CASELLARIO GIUDIZIALE - PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI CROTONE

Si attesta l'avvenuto pagamento (art. 273 e 285 T.U. 30/5/2002 n. 115) del

☒ diritto di certificato

☐ diritto di urgenza

CROTONE, 19/02/2016 11:18



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.



Certificato dei carichi pendenti ai sensi dell'art. 60 c.p.p.
OLIVETI MARCELL TERESA



N. prot. 348/16

**PROCURA della REPUBBLICA
CROTONE**

CERTIFICATO DEI CARICHI PENDENTI

Al nome di: **OLIVETI MARCELL TERESA**

data nascita: **24/11/1959**

luogo nascita: **NEW YORK (USA)**

Su richiesta dell'interessato si certifica, ai sensi dell'art. 60 c.p.p., che dal Registro Informatizzato delle Notizie di Reato di questa Procura della Repubblica con dati aggiornati al giorno 18/02/2016 alle ore 13:10:37:

NON RISULTANO CARICHI PENDENTI

Per uso Amministrativo.

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla Legge.

CROTONE lì, 18/02/2016

Compilatore (751)



(Il Cancelliere)

OLIVETI MARCELL TERESA 18/02/2016 13:10:37



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

(ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)

CERTIFICATO NUMERO: 1780/2016/R

Al nome di:

Cognome **OLIVETI**
Nome **ROBERT**
Data di nascita **15/09/1957**
Luogo di Nascita **NEW YORK - STATI UNITI D'AMERICA**
Sesso **M**

sulla richiesta di: **INTERESSATO**
per uso: **AMMINISTRATIVO (ART. 24 D.P.R. 14/11/2002 N.313)**

Si attesta che nella Banca dati del Casellario giudiziale risulta:

NULLA

ESTRATTO DA: CASELLARIO GIUDIZIALE - PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI CROTONE

Si attesta l'avvenuto pagamento (art. 273 e 285 T.U. 30/5/2002 n. 115) del

☒ diritto di certificato ☐ diritto di urgenza

CROTONE, 19/02/2016 11:22



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.



Certificato dei carichi pendenti ai sensi dell'art. 60 c.p.p.
OLIVETI ROBERT



N. prot. 350/16

PROCURA della REPUBBLICA
CROTONE

CERTIFICATO DEI CARICHI PENDENTI

Al nome di: OLIVETI ROBERT
data nascita: 15/09/1957
luogo nascita: - NEW YORK STATI UNITI D'AMERICA

Su richiesta dell'interessato si certifica, ai sensi dell'art. 60 c.p.p., che dal Registro Informatizzato delle Notizie di Reato di questa Procura della Repubblica con dati aggiornati al giorno 18/02/2016 alle ore 13:17:47 risultano i procedimenti penali in allegato.

Per uso Amministrativo.

Certificato dei carichi pendenti ai sensi dell'art. 60 c.p.p.

Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi della Repubblica Italiana (art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), fatta salva l'ipotesi in cui sia prodotto nei procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286). Il certificato è valido se presentato alle autorità amministrative straniere.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla Legge.

CROTONE lì, 18/02/2016

Compilatore (751)



(Il Cancelliere)

Indice

1 Sede	2
2 Informazioni da statuto/atto costitutivo	2
3 Capitale e strumenti finanziari	4
4 Soci e titolari di diritti su azioni e quote	4
5 Amministratori	5
6 Sindaci, membri organi di controllo	6
7 Attività, albi ruoli e licenze	6
8 Sedi secondarie ed unita' locali	7
9 Aggiornamento impresa	9

1 Sede

Indirizzo Sede legale	COTRONEI (KR) VIA CARUSA CAP 88836
Indirizzo PEC	centriassistenzialimonsolivetisrl@legalmail.it
Partita IVA	02458980790
Numero REA	KR - 160155

Iscrizione REA
sede legale

Numero repertorio economico amministrativo (REA): KR - 160155

Indirizzo elettronico

COTRONEI (KR)

VIA CARUSA CAP 88836

partita iva

Indirizzo pubblico di posta elettronica certificata:

centriassistenzialimonsolivetisrl@legalmail.it

02458980790

2 Informazioni da statuto/atto costitutivo

Registro Imprese	Data di iscrizione: 09/11/2001
Estremi di costituzione	Sezioni: Iscritta nella sezione ORDINARIA
Sistema di amministrazione	Data atto di costituzione: 12/10/2001
Oggetto sociale	piu' amministratori (in carica) LA SOCIETA' HA PER OGGETTO L'ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE E DOMICILIARE, SOCIO EDUCATIVA, SOCIO-SANITARIA E SANITARIA PER ANZIANI, MINORI, DISABILI PSICO-FISICI, INABILI, PORTATORI DI HANDICAP, SOGGETTI COMUNQUE NON ...
Poteri da statuto o da patti sociali	LA RAPPRESENTANZA LEGALE DI FRONTE AI TERZI ED IN GIUDIZIO SPETTA A TUTTI E TRE GLI AMMINISTRATORI. GLI AMMINISTRATORI DURERANNO IN CARICA FINO A DIMISSIONI O REVOCA DA PARTE ...

Estremi di costituzione

Iscrizione Registro Imprese

Codice fiscale e numero d'iscrizione: 02458980790
del Registro delle Imprese di CROTONE
Data iscrizione: 09/11/2001

sezioni

Iscritta nella sezione ORDINARIA il 09/11/2001

Informazioni costitutive

Data atto di costituzione: 12/10/2001

Sistema di amministrazione e controllo

durata della società

Durata: INDETERMINATA

scadenza esercizi

Scadenza primo esercizio: 31/12/2001
Scadenza esercizi successivi: 31/12

sistema di amministrazione e controllo contabile

Sistema di amministrazione adottato: amministrazione pluripersonale individuale disgiuntiva
Soggetto che esercita il controllo contabile: revisore legale

forme amministrative

piu' amministratori (in carica)

Oggetto sociale

LA SOCIETA' HA PER OGGETTO L'ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE E DOMICILIARE, SOCIO EDUCATIVA, SOCIO-SANITARIA E SANITARIA PER ANZIANI, MINORI, DISABILI PSICO-FISICI, INABILI, PORTATORI DI HANDICAP, SOGGETTI COMUNQUE NON AUTOSUFFICIENTI E SOGGETTI A RISCHIO IN SITUAZIONI DI EMERGENZE; LA GESTIONE DI STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI, EDUCATIVE, SOCIO-SANITARIE, SANITARIE, TURISTICO SPORTIVE E RICREATIVE E STRUTTURE TERMALI; LA GESTIONE DI CORSI PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE DI OPERATORI NEI SETTORI SOPRA SPECIFICATI. NEL PIENO RISPETTO DI QUANTO DISPOSTO DALLE LEGGI 2 GENNAIO 1991 N.1 E 5 LUGLIO 1991 N.197 ED AL SOLO FINE DEL CONSEGUIMENTO DELL'OGGETTO SOCIALE, LA SOCIETA' POTRA' NON IN VIA PREVALENTE E SENZA CIO' POSSA COSTITUIRE ESERCIZIO PROFESSIONALE NEI CONFRONTI DEL PUBBLICO- COMPIERE OPERAZIONI IMMOBILIARI, MOBILIARI, COMMERCIALI E FINANZIARI; RILASCIARE GARANZIE E FIDEJUSSIONI A FAVORE DI TERZI; CONTRARRE LOCAZIONI, LEASING ANCHE IMMOBILIARE, MUTUI E FINANZIAMENTI IN GENERE; NONCHE' ASSUMERE PARTECIPAZIONI IN ALTRE SOCIETA' E IMPRESE COMUNQUE ORGANIZZATE, COSTITUITE O COSTITUENDE, AVENTI ATTIVITA' AFFINI O COMPLEMENTARI, NEI LIMITI PREVISTI DALL'ART. 2631 DEL CODICE CIVILE.

Poteri

poteri da statuto o da patti sociali

LA RAPPRESENTANZA LEGALE DI FRONTE AI TERZI ED IN GIUDIZIO SPETTA A TUTTI E TRE GLI AMMINISTRATORI.
GLI AMMINISTRATORI DURERANNO IN CARICA FINO A DIMISSIONI O REVOCA DA PARTE DELL'ASSEMBLEA.
L'ORGANO AMMINISTRATIVO HA TUTTI I POTERI PER L'AMMINISTRAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DELLA SOCIETA'. QUALORA L'AMMINISTRAZIONE SIA AFFIDATA DISGIUNTAMENTE A PIU' AMMINISTRATORI, IN CASO DI OPPOSIZIONE DI UN AMMINISTRATORE ALL'OPERAZIONE CHE UN ALTRO INTENDE COMPIERE, COMPETENTI A DECIDERE SULL'OPPOSIZIONE SONO TUTTI GLI AMMINISTRATORI.

3 Capitale e strumenti finanziari

Capitale sociale in Euro

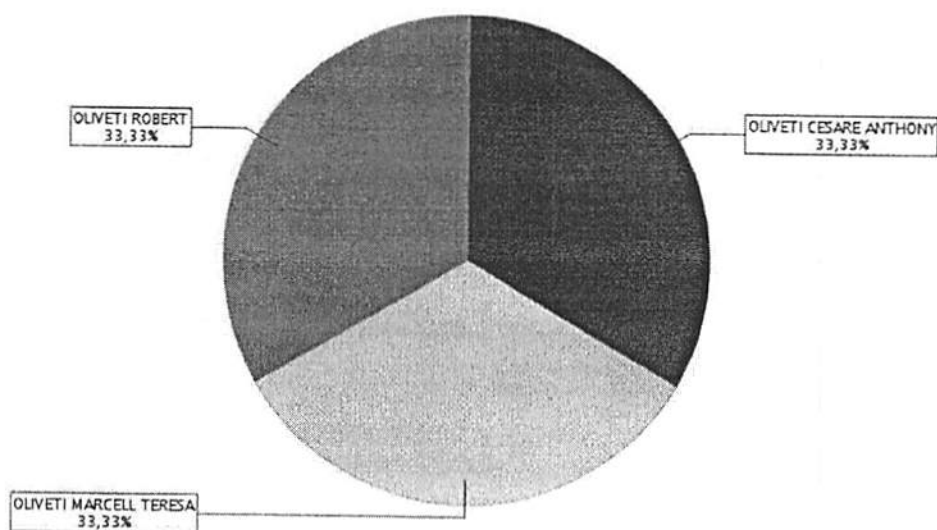
Deliberato: 1.000.000,00
Sottoscritto: 1.000.000,00
Versato: 1.000.000,00

Conferimenti e benefici

INFORMAZIONE PRESENTE NELLO STATUTO/ATTO COSTITUTIVO

4 Soci e titolari di diritti su azioni e quote

Sintesi della composizione societaria e degli altri titolari di diritti su azioni o quote sociali al 02/01/2014



Il grafico a torta e la tabella sottostante rappresentano una sintesi della composizione societaria dell'impresa (le quote di proprietà sono sommate per titolare e poi arrotondate).
Si sottolinea che solo l'elenco dei soci, disponibile di seguito alla tabella di sintesi, fornisce la completa e dettagliata situazione societaria così come depositata.

Socio	Valore	%	Tipo diritto
OLIVETI ROBERT LVTRRT57P15Z404H	333.334,00	33,33 %	proprietà
OLIVETI CESARE ANTHONY LVTCRN65S30Z404L	333.333,00	33,33 %	proprietà'
OLIVETI MARCELL TERESA LVTMCL59S64Z404D	333.333,00	33,33 %	proprietà'

Elenco dei soci e degli altri titolari di diritti su azioni o quote sociali al 02/01/2014 pratica con atto del 30/12/2013

capitale sociale

Proprietà'

Data deposito: 02/01/2014
Data protocollo: 02/01/2014
Numero protocollo: KR-2014-4
Capitale sociale dichiarato sul modello con cui è stato depositato l'elenco dei soci:
1.000.000,00 Euro

Quota di nominali: 333.334,00 Euro
Di cui versati: 333.334,00

OLIVETI ROBERT

Codice fiscale: LVTRRT57P15Z404H
Tipo di diritto: proprietà
Domicilio del titolare o rappresentante comune
COTRONEI (KR) LOCALITA' SANTA VENERE SNC CAP 88836

Proprietà

OLIVETI MARCELL TERESA

Quota di nominali: 333.333,00 Euro
Di cui versati: 333.333,00
Codice fiscale: LVTMCL59S64Z404D
Tipo di diritto: proprietà
Domicilio del titolare o rappresentante comune
COTRONEI (KR) VIA CAVOUR 12 CAP 88836

Proprietà

OLIVETI CESARE ANTHONY

Quota di nominali: 333.333,00 Euro
Di cui versati: 333.333,00
Codice fiscale: LVTCRN65S30Z404L
Tipo di diritto: proprietà
Domicilio del titolare o rappresentante comune
COTRONEI (KR) LOCALITA' MOLA SNC CAP 88836

5 Amministratori

Amministratore

OLIVETI ROBERT

Rappresentante dell'impresa

Amministratore

OLIVETI MARCELL TERESA

Rappresentante dell'impresa

Amministratore

OLIVETI CESARE ANTHONY

Rappresentante dell'impresa

Forma amministrativa adottata
più amministratori

Numero amministratori in carica: 3

Elenco amministratori

Amministratore

OLIVETI ROBERT

Rappresentante dell'impresa
Nato a NEW YORK STATI UNITI AMERICA il 15/09/1957
Codice fiscale: LVTRRT57P15Z404H
Cittadinanza Italia
COTRONEI (KR)
VIA CIRCONVALLAZIONE CAP 88836

residenza

carica

amministratore
Nominato con atto del 30/12/2013
Data iscrizione: 09/01/2014
Durata in carica: fino alla revoca

Amministratore

OLIVETI MARCELL TERESA

Rappresentante dell'impresa
Nata a NEW YORK STATI UNITI AMERICA il 24/11/1959
Codice fiscale: LVTMCL59S64Z404D
Cittadinanza Italia
COTRONEI (KR)
VIA CAVOUR 12 CAP 88836

residenza

carica

Amministratore
OLIVETI CESARE ANTHONY

residenza

carica

amministratore

Nominato con atto del 30/12/2013

Data iscrizione: 09/01/2014

Durata in carica: fino alla revoca

Rappresentante dell'impresa

Nato a HOBOKEN STATI UNITI AMERICA il 30/11/1965

Codice fiscale: LVTCRN65S30Z404L

Cittadinanza Italia

COTRONEI (KR)

VIA MOLA CAP 88836

amministratore

Nominato con atto del 30/12/2013

Data iscrizione: 09/01/2014

Durata in carica: fino alla revoca

6 Sindaci, membri organi di controllo

Revisore Unico

GIURATO GIUSEPPE

**Elenco sindaci, membri degli
organi di controllo**

Revisore Unico
GIURATO GIUSEPPE

domicilio

carica

registro revisori legali

Nato a REGGIO CALABRIA (RC) il 26/07/1969

Codice fiscale: GRTGPP69L26H224I

MONTE SAN GIOVANNI CAMPANO (FR) VIA POZZO SAN PAOLO 54 CAP 03025

revisore unico

Nominato con atto del 30/12/2013

Data iscrizione: 09/01/2014

Durata in carica: 3 esercizi

Numero: 102168

Data: 17/12/1999

Ente: MINISTERO DI GIUSTIZIA

7 Attività, albi ruoli e licenze

Addetti

102

Data d'inizio dell'attività dell'impresa 26/11/2002

Attività esercitata

STRUTTURA SOCIO-SANITARIA PER DISABILI MENTALI EX D.P.C.M. 8/8/1985.

Attività

Inizio attività
(informazione storica)

Data inizio dell'attività dell'impresa: 26/11/2002

**certificazioni di qualità, ambientali
ed altro in corso di validità**
(fonte Accredia, ultimo
aggiornamento 22/10/2015)

Numero certificato: OHS-2385
Data di prima emissione: 13/07/2015
Certificato emesso dall'organismo di certificazione: RINA SERVICES S.P.A.
Codice fiscale: 03487840104
Schema di Accreditamento:
SCR - Certificazione Di Sistemi Di Gestione Per La Salute E Sicurezza Sul Lavoro
Settori certificati:
38 - Sanita' Ed Altri Servizi Sociali

Numero certificato: 10926/04/S
Data di prima emissione: 12/05/2004
Certificato emesso dall'organismo di certificazione: RINA SERVICES S.P.A.
Codice fiscale: 03487840104
Schema di Accreditamento:
SGQ - Certificazione Di Sistemi Di Gestione Per La Qualita'
Settori certificati:
38 - Sanita' Ed Altri Servizi Sociali

**attività esercitata nella sede
legale**

STRUTTURA SOCIO-SANITARIA PER DISABILI MENTALI EX D.P.C.M. 9/8/1985.

**classificazione ATECORI 2007
dell'attività**
(informazione di sola natura
statistica)

Codice: 87.3 - strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili
Importanza: P - primaria Registro Imprese
Data inizio: 26/11/2002

Addetti
(informazione di sola natura
statistica)

Numero addetti dell'impresa rilevati nell'anno 2015
(Dati rilevati al 30/06/2015)

	I trimestre	II trimestre		Valore medio
Dipendenti	102	101		102
Indipendenti	0	0		0
Totale	102	101		102

**Addetti nel comune di
COTRONEI (KR)**
Sede e Unità locali: 1-2-3-4-5

	I trimestre	II trimestre		Valore medio
Dipendenti	102	101		102
Indipendenti	0	0		0
Totale	102	101		102

Licenze

licenze/autorizzazioni

Licenza/autorizzazione: REGIONE
Numero: 220 del 21/09/1999
Tipo: decreto dirigente regione calabria

8 Sedili secondarie ed unità locali

Unità Locale n. KR/1
Unità Locale n. KR/2
Unità Locale n. KR/3
Unità Locale n. KR/4
Unità Locale n. KR/5

VIA SAN FRANCESCO SN COTRONEI (KR) CAP 88873
VIA GARIBALDI 89 COTRONEI (KR) CAP 88873
VIA CAVOUR 23 COTRONEI (KR) CAP 88873
VIA S.FRANCESCO 5 COTRONEI (KR) CAP 88873
CORSO GARIBALDI SNC COTRONEI (KR) CAP 88836

Unita' Locale n. KR/1

indirizzo

Attività esercitata

*Classificazione ATECORI 2007
dell'attività
(informazione di sola natura
statistica)*

licenze/autorizzazioni

Data apertura: 26/11/2002

COTRONEI (KR)

VIA SAN FRANCESCO SN CAP 88873

"SAN NICOLA"

CASA FAMIGLIA PER DISABILI MENTALI.

Codice: 87.3 - strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili

Importanza: P - primaria Registro Imprese

Data inizio: 26/11/2002

Licenza/autorizzazione: REGIONE

Numero: 274 del 05/10/1999

Tipo: decreto dirigente generale regione calabria

Unita' Locale n. KR/2

indirizzo

Attività esercitata

*Classificazione ATECORI 2007
dell'attività
(informazione di sola natura
statistica)*

licenze/autorizzazioni

Data apertura: 26/11/2002

COTRONEI (KR)

VIA GARIBALDI 89 CAP 88873

"SPIRITO SANTO"

STRUTTURA SOCIO-SANITARIA EX D.P.C.M. 8/8/85.

Codice: 87 - servizi di assistenza sociale residenziale

Importanza: P - primaria Registro Imprese

Data inizio: 26/11/2002

Licenza/autorizzazione: REGIONE

Numero: 95 del 22/02/2000

Tipo: decreto dirigente generale regione calabria

Unita' Locale n. KR/3

indirizzo

Attività esercitata

*Classificazione ATECORI 2007
dell'attività
(informazione di sola natura
statistica)*

licenze/autorizzazioni

Data apertura: 17/03/2003

COTRONEI (KR)

VIA CAVOUR 23 CAP 88873

"SANTINO COVELLI"

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE, PER SOGGETTI DISABILI NON CURABILI A DOMICILIO E CON PREVALENTE PATOLOGIA PSICHIATRICA CONSOLIDATA.

Codice: 87.3 - strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili

Importanza: P - primaria Registro Imprese

Data inizio: 17/03/2003

Licenza/autorizzazione: REGIONE

Numero: 2645 del 17/03/2003

Tipo: decreto dirigente generale regione calabria

Unita' Locale n. KR/4

indirizzo

Attività esercitata

*Classificazione ATECORI 2007
dell'attività
(informazione di sola natura
statistica)*

licenze/autorizzazioni

Data apertura: 27/02/2004

COTRONEI (KR)

VIA S.FRANCESCO 5 CAP 88873

CASA FAMIGLIA PER DISABILI MENTALI.

Codice: 87.3 - strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili

Importanza: P - primaria Registro Imprese

Data inizio: 27/02/2004

Licenza/autorizzazione: REGIONE

Numero: 1778 del 27/02/2004

Tipo: decreto regione calabria

Unita' Locale n. KR/5

Data apertura: 29/06/2009

Indirizzo

COTRONEI (KR)

CORSO GARIBALDI SNC CAP 88836

CASA FAMIGLIA BIANCO STELLA F.

CASA FAMIGLIA PER DISABILI

Codice: 87.3 - strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili

Importanza: P - primaria Registro Imprese

Data inizio: 29/06/2009

Licenza/autorizzazione: REGIONE

Numero: 12806 del 29/06/2009

Tipo: decreto dirigente regione calabria

Attività esercitata

Classificazione ATECORI 2007

dell'attività

(informazione di sola natura

statistica)

licenze/autorizzazioni

9 Aggiornamento impresa

Data ultimo protocollo

07/09/2015

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto **Dr. Robert Oliveti** nato a **New York (U.S.A.)** il **15 settembre 1957** residente a **Cotronei** via **Contrada Santa Venere** consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARO

che nei propri confronti non sussistono situazioni di incompatibilità, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge n° 412 del 30 dicembre 1991 (Disposizioni in materia di Finanza Pubblica) e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale nr. 305 del 31 dicembre 1991.

Cotronei, _____



_____ firma leggibile del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kj) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it

Diritti Euro 5,60
Scade il 15/09/2022

AT 6494066

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
COTRONEI

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT 6494066

DI
OLIVETI
ROBERT

Cognome.....**OLIVETI**.....
Nome.....**ROBERT**.....
nato il.....**15-09-1957**.....
(atto n.....**3**.....P.....**2**.....S.....**8**.....)
a.....**NEW YORK (USA)**.....
Cittadinanza.....**ITALIANA**.....
Residenza.....**COTRONEI (KR)**.....
Via.....**Contrada S. Venero/SNC**.....
Stato civile.....**CONIUGATO**.....
Professione.....**MEDICO SPECIALISTA**.....
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
Statura.....**1,73**.....
Capelli.....**BRIZZOLATI**.....
Occhi.....**CASTANI**.....
Segni particolari.....



Firma del titolare.....*Robert Oliveti*.....
COTRONEI il.....**09/09/2012**.....
IL SINDACO
Impresa.....**DELEGATO**.....


REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELLE FINANZE

CODICE FISCALE.....**LVTRRT57P15Z404H**.....
COGNOME.....**OLIVETI**.....
NOME.....**ROBERT**.....
LUOGO DI NASCITA.....**STATI UNITI D AMERICA**.....
PROVINCIA.....**FE**.....
1987.....
DATA DI NASCITA.....**15/09/57**.....
Il Ministero delle Finanze

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritta **Dr.ssa Marcell Teresa Oliveti** nata a **New York (U.S.A.)** il **24 novembre 1959** residente a **Cotronei** in via **Cavour** nr. **12** consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARO

che nei propri confronti non sussistono situazioni di incompatibilità, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge n° 412 del 30 dicembre 1991 (Disposizioni in materia di Finanza Pubblica) e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale nr. 305 del 31 dicembre 1991.

Cotronei, 17 FEB. 2016



firma leggibile del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it

Cognome.....OLIVETI.....
 Nome.....MARCELL TERESA.....
 nato il.....24-11-1959.....
 (atto n.....8.....P.....2.....S.....B.....)
 a.....NEW YORK (USA).....
 Cittadinanza.....ITALIANA.....
 Residenza.....COTRONEI (KR).....
 Via.....Via Cavour n. 12.....
 Stato civile.....CONIUGATA.....
 Professione.....BIOLOGO/A.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....1,63.....
 Capelli.....NERI.....
 Occhi.....CASTANI.....
 Segni particolari.....=====


 Firma del titolare.....
 COTRONEI li 27/12/2013
 IL SINDACO
 Impronta del dito
 Vicedirettore amministrativo
 VINCENZO CONDELLI
 COMUNE DI COTRONEI
 UFFICIO ANAGRAFE



REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
 COTRONEI

CARTA D'IDENTITA'

N° AU 2522282

DI
 OLIVETI
 MARCELL TERESA

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto **Dr. Cesare Anthony Oliveti** nato a **Hoboken (U.S.A.)** il **30 novembre 1965** residente a **Cotronei** in via **Mola** consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARO

che nei propri confronti non sussistono situazioni di incompatibilità, ai sensi dell'art. 4, comma 7 della Legge n° 412 del 30 dicembre 1991 (Disposizioni in materia di Finanza Pubblica) e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale nr. 305 del 31 dicembre 1991.

17 FEB. 2016

Cotronei, _____



_____ firma leggibile del dichiarante



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it


 REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI


 Codice Fiscale **LVT CRN65S30Z404L** Sesso **M**

Cognome **OLIVETI**
 Nome **CESARE ANTHONY**

Data di scadenza **24/09/2019**

Luogo di nascita **STATI UNITI D'AMERICA**
 Provincia **EE**
 Data di nascita **30/11/1965**

Dati sanitari regionali

OLIVETI
CESARE ANTHONY
30-11-1965
17 2 B
HOBOKEN (USA)
ITALIANA
COTRONEI (KR)
Via Mola/SNC
CONIUGATO
MEDICO

1.75
CASTANI
CASTANI



COTRONEI **03/09/2011**

ISTRUTTORE AMM. VI
ELIO GARRUBA



Diritti Euro 5,80

Scade il 31/08/2021

AS 2845973

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
COTRONEI

CARTA D'IDENTITA
 N° AS 2845973
 DI
OLIVETI
CESARE ANTHONY

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto **Dr. Robert Oliveti** nato a **New York (U.S.A.)** il **15 settembre 1957** residente a **Cotronei** via **Contrada Santa Venere**, in qualità di Amministratore dei "Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.", consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARO

che all'interno delle Strutture gestite da questa Società viene osservata la Normativa (D. Lgs. nr. 81 del 9 aprile 2008) in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

Si allega Certificato BS OHSAS 18001:2007 nr. OHS - 2385 e Frontespizio del Processo Secondario Gestionale nr. 10 (Individuazione e Valutazione dei rischi di salute e sicurezza).

Cotronei, 17 FEB. 2016



firma leggibile del dichiarante

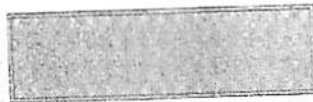
N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it

Diritti Euro 5,80
Scade il 15/09/2022

AT 6494066



U23.140 - DCE - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
COTRONEI

CARTA D'IDENTITA'

N° AT 6494066

DI

OLIVETI

ROBERT

Cognome.....OLIVETI

Nome.....ROBERT

nato il.....15-09-1957

(atto n.....3.....P.....2.....S.....B.....)

a.....NEW YORK (USA)

Cittadinanza.....ITALIANA

Residenza.....COTRONEI (KR)

Via.....Contrada S.Venero/SNC

Stato civile.....CONIUGATO

Professione.....MEDICO SPECIALISTA

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura.....1,73

Capelli.....BRIZZOLATI

Occhi.....CASTANI

Segni particolari.....

Firma del titolare.....*Robert Olivetti*

COTRONEI, il.....09/08/2012

Impresa di.....IL SINDACO

Indirizzo.....

15/08/2012

15/08/2012

REPUBBLICA ITALIANA

MINISTERO DELLE FINANZE

CODICE FISCALE.....LVTRRT57P15Z404K

SOGGERNO.....OLIVETI

ROBERT

STATI UNITI D'AMERICA

DATA DI NASCITA.....15/09/57

1987

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto **Robert Oliveti** nato a **New York (U.S.A.)** il **15 settembre 1957** residente a **Cotronei** via **Contrada Santa Venere**, in qualità di Amministratore dei "Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.", consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARO

l'avvenuta adozione del Modello Organizzativo (MO Rev. 2 del 05.02.2014) in materia di prevenzione dei reati e del Codice Etico (che costituisce parte integrante del M.O. precedentemente citato.

Si allega Codice Etico (Rev. del 5 febbraio 2014).

17 FEB. 2016

Cotronei, _____



firma leggibile del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it

Diritti Euro 5,60
Scade il 15/09/2022

AT 6494066

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
COTRONEI

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT 6494066

DI

OLIVETI

ROBERT

Cognome.....OLIVETI.....
Nome.....ROBERT.....
nato il.....15-09-1957.....
(alto n.....3.....P.....2.....S.....8.....)
a.....NEW YORK (USA).....
Cittadinanza.....ITALIANA.....
Residenza.....COTRONEI (KR).....
Via.....Contrada S. Venere/SNC.....
Stato civile.....CONIUGATO.....
Professione.....MEDICO-SPECIALISTA.....
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI

Statura.....1,73.....
Capelli.....BRIZZOLATI.....
Occhi.....CASTANI.....
Segni particolari.....

Firma del titolare.....
COTRONEI il 09/08/2012

Impronta del funzionario delegato.....
IL SINDACO
DELEGATO

DI COTRONEI

REPUBBLICA ITALIANA

MINISTERO
DELLE
FINANZE

CODICE FISCALE LVTRRT57P15Z404H

COGNOME OLIVETI

NOME ROBERT

LUOGO DI NASCITA STATI UNITI D'AMERICA

PROVINCIA FE DATA DI NASCITA 15/09/57

1987

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto **Dr. Robert Oliveti** nato a **New York (U.S.A.)** il **15 settembre 1957** residente a **Cotronei** via **Contrada Santa Venere**,

in qualità di Amministratore dei "Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.", consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARO

l'avvenuta ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 della Legge 12 marzo 1999, n. 68 - come modificato dall'art. 40 del D. L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133.-

Cotronei, 17 FEB. 2016



firma leggibile del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it

Diritti Euro 5,60
Scade il 15/09/2022

AT 6494066



UES 100 - GDS - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
COTRONEI

CARTA D'IDENTITÀ
N° AT 6494066

DI
OLIVETI
ROBERT

Cognome.....OLIVETI
Nome.....ROBERT
nato il.....15-09-1957
(atto n.....3 P.....2 S.....B.....)
a.....NEW YORK (USA)
Cittadinanza.....ITALIANA
Residenza.....COTRONEI (KR)
Via.....Contrada S.Venere/SNC
Stato civile.....CONIUGATO
Professione.....MEDICO-SPECIALISTA
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura.....1,73
Capelli.....BRIZZOLATI
Occhi.....CASTANI
Segni particolari.....



Firma del titolare.....
COTRONEI il 09/09/2012
Impresa di..... IL SINDACO
.....
.....

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO
DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

CODICE FISCALE LVTRRT57P15Z404H
COGNOME OLIVETI
NOME ROBERT
LUOGO DI NASCITA STATI UNITI D'AMERICA
PROVINCIA EE DATA DI NASCITA 15/09/57
1987

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

*Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790 Tel. 0962 44751 - 44682 -
44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it*

Casa Protetta Disabili "Carusa"

Autorizzata definitivamente con Decreto del Dirigente Regionale nr. 909 del 4 febbraio 2010 - Codice CPD03

Elenco dotazioni Tecnologiche

1	Glucometro	nr. seriale	02
2	Sfigmomanometro	nr. seriale	23
3	Sterilizzatore Gal 432	nr. seriale	4943
4	Termometro frigorifero	nr. seriale	01
5	Scala		
6	Parallele		
7	Spalliera svedese		
8	Ruota dei lapidari		
9	Defibrillatore	nr. seriale	58999024645
10	Elettrocardiografo	nr. seriale	42203
11	Ossimetro	nr. seriale	144415500122
12	Sollevatore	nr. seriale	C5L00050
13	Sfigmomanometro a mercurio	nr. seriale	258771
14	Termometro digitale	nr. seriale	SA 88055X

Cotronei, 17 FEB. 2016



Un Amministratore

Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale Disabili "Santino Covelli"

Casa Protetta Disabili "Carusa" - Casa Protetta Disabili "Spirito Santo"

Casa Famiglia Disabili "Bianco Stella Filomena" - Casa Famiglia Disabili "S. Nicola Vescovo" - Casa Famiglia Disabili "S. Francesco"

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e art. 89 D. Lgs. 159/2011)

Io sottoscritto **Dr. Robert Oliveti**

- consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizioni di atti falsi, nonché contenenti dati non rispondenti a verità

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. :

- di essere nato il **15 settembre 1957** a **New York (U.S.A.)**,
- codice fiscale **LVTRRT57P15Z404H**,
- di essere residente a **Cotronei (Kr)** c.a.p. **88836** in **Contrada Santa Venere**
- di essere di nazionalità **italiana**,
- Legale Rappresentante della Società "**Centri Assistenziali Mons. Oliveti S.r.l.**", C.F. e P. IVA **02458980790** con sede legale in **Cotronei (Kr)** c.a.p. **88836** in **Contrada Chiusa nr. 4** - Iscritta alla CCIAA di **Crotone**,
- che dal Certificato Generale del Casellario Giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Crotone **non** risulta nulla a proprio carico,
- che dal Certificato dei carichi pendenti rilasciato il 18.02.2016 dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Crotone, che si allega, risulta a proprio carico un processo penale per violazione del DPR n. 380 del 2001 (abuso edilizio che sarebbe stato commesso in epoca anteriore o prossima al 20.12.2010),
- che non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo,
- che nei propri confronti non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della L. 1423/27.12.1956 (ora art. 6 del D. Lgs. n. 159/2011) o di una delle cause ostative previste dall'art. 10 della L. n. 575/31.05.1965 (ora art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011),
- che nei propri confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato o emesso Decreto Penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 C.P.P. per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, né condanne con sentenza passata in giudicato per uno dei reati di partecipazione ad un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli Atti comunitari citati dall'art. 45 par. 1 Dir. CE 2001/18,
- che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i.

Cotronei, _____

77 FEB. 2016

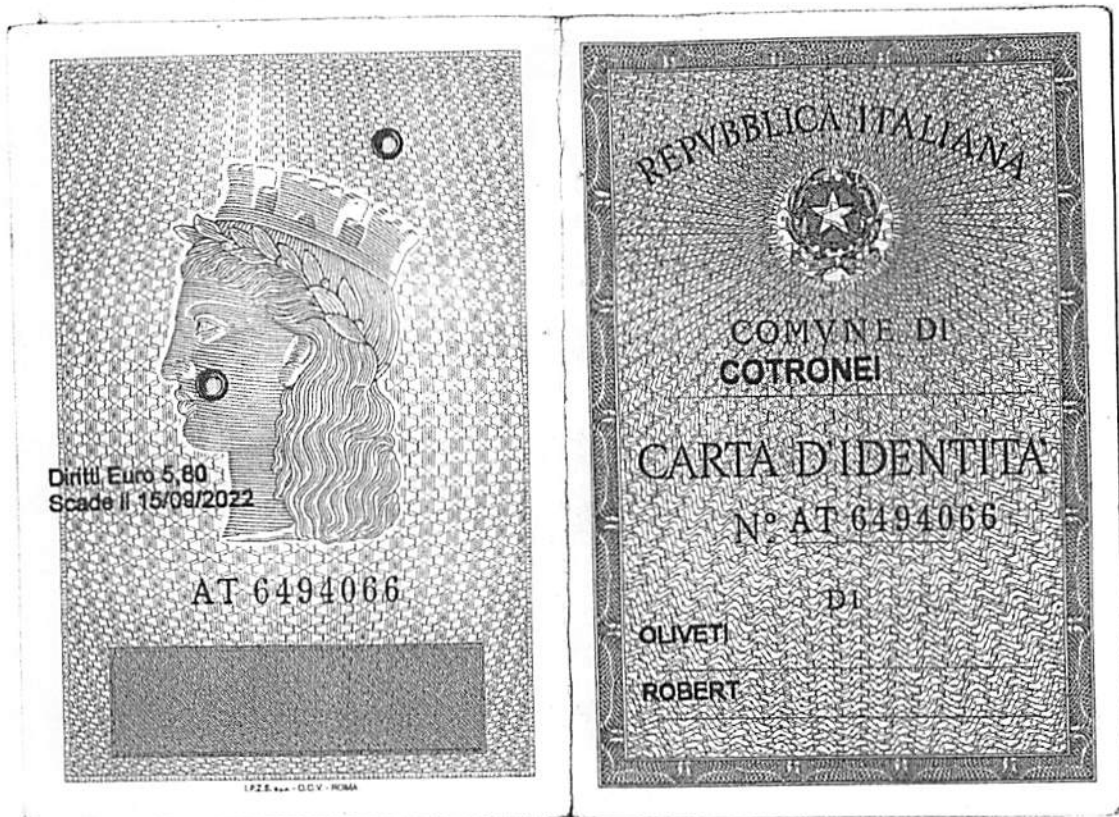


Firma leggibile del dichiarante

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.



Sede Legale : Contrada Chiusa, n° 4 - 88836 Cotronei (Kr) * Partita Iva : 02458980790
Tel. 0962 44751 - 44682 - 44212 - 44034 - Fax 0962 44759 e-mail cesareoliveti@yahoo.it



Cognome..... **OLIVETI**
 Nome..... **ROBERT**
 nato il..... **15-09-1957**
 (atto n. 3 P. 2 S. 8)
 a..... **NEW YORK (USA)**
 Cittadinanza..... **ITALIANA**
 Residenza..... **COTRONEI (KR)**
 Via..... **Contrada S.Venere/SNC**
 Stato civile..... **CONIUGATO**
 Professione..... **MEDICO SPECIALISTA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... **1,73**
 Capelli..... **BRIZZOLATI**
 Occhi..... **CASTANI**
 Segni particolari..... **=====**



Firma del titolare..... *Robert Oliveti*
COTRONEI li **09/08/2012**
 Impronta del funzionario delegato
 Il SINDACO
Carlo Mellace
 COMUNE DI COTRONEI

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome..... **OLIVETI**
 4 Nome..... **ROBERT**
 5 Data di nascita..... **15/09/1957**
 6 Numero identificazione personale..... **LVTRRT57P15Z404H** / Numero identificazione dell'istituzione..... **SSN-MIN SALUTE - 500001**
 8 Numero di identificazione della tessera..... **80380001800034840356**
 9 Data di scadenza..... **08/12/2018**

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTAREGIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale..... **LVTRRT57P15Z404H**
 Cognome..... **OLIVETI**
 Nome..... **ROBERT**
 Stato..... **STATI UNITI D'AMERICA**
 Data di scadenza..... **08/12/2018**
 Data di nascita..... **15/09/1957**



CISQ è la Federazione Italiana degli Organismi di Certificazione di sistemi di gestione aziendali
CISQ is the Italian Federation of management system Certification Bodies

RINA Services S.p.A.
Via Corsica 12 - 16128 Genova Italy

[Signature]
Ing. Michele Francioni
(Chief Executive Officer)

Prima emissione	12.05.2004
Current Issue	10.03.2014
Data scadenza	05.05.2016
Expiry Date	

The use and validity of this certificate are subject to compliance with the RINA document: Rules for the certification of Quality Management Systems
L'uso e la validità del presente certificato sono soggetti al rispetto del documento RINA: Regolamento per la Certificazione di Sistemi di Gestione per la Qualità
The validity of this certificate is dependent on an annual / six monthly audit and on a complete review, every three years, of the management system
La validità del presente certificato è subordinata a sorveglianza periodica annuale / semestrale ed al riesame completo del sistema di gestione con periodicità triennale

DESIGN AND PROVISION OF SOCIAL-HEALTH ASSISTANCE SERVICES IN RESIDENTIAL STRUCTURES FOR THE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE AFFECTED BY SEVERE PSYCHOPHYSICAL DEFICIENCIES.

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO - SANITARI ASSISTENZIALI, IN REGIME RESIDENZIALE, PER LA RIABILITAZIONE DI DISABILI CON GRAVI DEFICIT PSICO - FISICI.

EA:38

PER I SEGUENTI CAMPI DI ATTIVITÀ / FOR THE FOLLOWING FIELD(S) OF ACTIVITIES
E AL DOCUMENTO SINCERT RT-04

ISO 9001:2008

È CONFORME ALLA NORMA / IS IN COMPLIANCE WITH THE STANDARD

CASA PROTETTA "CARUSA" CONTRADA CARUSA 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
RSA "SANTINO COVELLI" VIA CAVOUR, 23 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA FAMIGLIA "SAN NICOLA" VIA SAN FRANCESCO, 3 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA FAMIGLIA "SAN FRANCESCO" VIA SAN FRANCESCO, 5 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA PROTETTA "SPIRITO SANTO" VIA GARIBOLDI 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA FAMIGLIA "BIANCO STELLA FILOMENA" VIA GARIBOLDI 88836 COTRONEI (KR) ITALIA

NELLE SEGUENTI UNITÀ OPERATIVE / IN THE FOLLOWING OPERATIONAL UNITS

VIA CARUSA 88836 COTRONEI (KR) ITALIA

CENTRI ASSISTENZIALI MONS. OLIVETTI S.R.L.

SI CERTIFICA CHE IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DI
IT IS HEREBY CERTIFIED THAT THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF

10926/04/S

CERTIFICATO N.
CERTIFICATE No.



IQNet, the association of the world's first class certification bodies, is the largest provider of management System Certification in the world. IQNet is composed of more than 30 bodies and counts over 150 subsidiaries all over the globe.

www.iqnet-certification.com



CISQ is a member of



CISQ is a member of



www.iqnet-certification.com

IqNet, the association of the world's first class certification bodies, is the largest provider of management System Certification in the world.

IqNet is composed of more than 30 bodies and counts over 150 subsidiaries all over the globe.

CERTIFICATO N. CERTIFICATE No.

OHS-2385

Si certifica che il Sistema di Gestione della Sicurezza e della Salute sul luogo di lavoro di
It is hereby certified that the Occupational Health and Safety Management System of

CENTRI ASSISTENZIALI MONS. OLIVETI S.R.L.

VIA CARUSA 88836 COTRONEI (KR) ITALIA

nelle seguenti unità operative / in the following operational units

VIA CARUSA 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA PROTETTA "CARUSA" CONTRADA CARUSA 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
RSA "SANTINO COVELLI" VIA CAVOUR, 23 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA FAMIGLIA "SAN NICOLA" VIA SAN FRANCESCO, 3 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA FAMIGLIA "SAN FRANCESCO" VIA SAN FRANCESCO, 5 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA PROTETTA "SPIRITO SANTO" VIA GARIBALDI 88836 COTRONEI (KR) ITALIA
CASA FAMIGLIA "BIANCO STELLA FILOMENA" VIA GARIBALDI 88836 COTRONEI (KR) ITALIA

è conforme alla norma / is in compliance with the standard

BS OHSAS 18001:2007

E AL DOCUMENTO SINCERT RT-12

per le seguenti attività / for the following activities

EA:38

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIO - SANITARI ASSISTENZIALI, IN REGIME RESIDENZIALE,
PER LA RIABILITAZIONE DI DISABILI CON GRAVI DEFICIT PSICO - FISICI.

DESIGN AND PROVISION OF SOCIAL-HEALTH ASSISTANCE SERVICES IN RESIDENTIAL STRUCTURES FOR THE
REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE AFFECTED BY SEVERE PSYCHOPHYSICAL DEFICIENCIES.

Per informazioni sulla validità
del certificato, visitare il sito
www.rina.org

For information concerning
validity of the certificate, you
can visit the site
www.rina.org

La validità del presente certificato è subordinata a sorveglianza periodica annuale / semestrale ed al riesame completo del sistema di gestione con periodicità triennale
The validity of this certificate is dependent on an annual / six monthly audit and on a complete review, every three years, of the management system

L'uso o la validità del presente certificato è soggetto al rispetto del documento RINA: Regolamento per la Certificazione dei Sistemi di Gestione della Sicurezza e Salute sul luogo di lavoro
The use and validity of this certificate are subject to compliance with the RINA document: Rules for the Certification of Occupational Health and Safety Management Systems

Prima emissione First Issue	13.07.2015
Emissione corrente Current Issue	13.07.2015
Data scadenza Expiry Date	12.07.2018

Ing. Michele Francioni
(Chief Executive Officer)

RINA Services S.p.A.
Via Corsica 12 - 16128 Genova Italy

CISQ è la Federazione Italiana di
Organismi di Certificazione dei
sistemi di gestione aziendale

CISQ is the Italian
Federation of management
system Certification Bodies



SGQ N° 002 A SSI N° 001 G
SGA N° 002 D DAP N° 001 H
PRD N° 002 B PIS N° 006 C
SCR N° 003 F LAB N° 0032
SGE N° 008 M
Membro degli Accordi di Mutuo
Riconoscimento EA, IAF e ILAC
Signatory of EA, IAF and ILAC Mutual
Recognition Agreements



www.cisq.com

Form CERSIG-08/2013