

**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 DICIASSETTE del mese di FEBBRAIO in Crotona

**TRA**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona con sede legale in Crotona 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 Anziani GIARDINO srl, erogatore di prestazioni di assistenza Socio Sanitaria Residenziale per Anziani in persona del legale rappresentante p.t. Dr. Annibale Oliveti P.I. 00885180794 con sede legale in Cotronei, Via Laghi Silani (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 Crotona  
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 CASA GIARDINO, sita in Cotronei, Via Laghi Silani, cod. struttura CPA010 cod. NSIS 180046 (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	_____	pl 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. \_\_\_\_\_ ;

X assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Anziani per n. p.l.47

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

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

p.l. \_\_\_\_\_ *residenziali*;

n. trattamenti \_\_\_\_\_ *semiresidenziali*;

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone  
IL COMISSARIO STRAORDINARIO  
Dr. Sergio ARENA

- n. pl. \_\_\_\_\_ residenziali;  
n. trattamenti \_\_\_\_\_ semiresidenziali;  
Assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera per:  
n. p.l. \_\_\_\_\_ residenziali;  
n. trattamenti \_\_\_\_\_ semiresidenziali;  
n. trattamenti \_\_\_\_\_ ambulatoriale singolo;  
n. trattamenti \_\_\_\_\_ ambulatoriale di gruppo;  
n. trattamenti \_\_\_\_\_ domiciliari;

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.

## ARTICOLO 2

### Documentazione e adempimenti

1. L'ASP è tenuta ad acquisire, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L 12/11/2011, n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)", la seguente documentazione:
- a. certificazione di iscrizione in CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*) l'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA);
  - b. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
  - c. per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:
    - c.1. i cui contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art. 1 lettera c), la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2);
    - c.2. i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art. 1 lettera c), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n.159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n. 218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;
  - d. dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;
  - e. dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e s.m.i., del certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura per le finalità precisate al successivo articolo 12).
  - f. dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati;
    - f.1. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a € 200.000,00 annuo, dichiarazione del legale

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.

12. 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.
13. 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.EA;
- > 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 e'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 47 x € 380.860,50 dal 1 Gennaio 2015 al 10 Giugno 2015, e di € 394.915,50 dal 11 Giugno 2015 al 31 Dicembre 2015, per un importo complessivo di € 775.776,00 per l'anno 2015 a carico del FSR, più 50% a carico Fondo Sociale.Tale *budget* si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

54.CP 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;

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 = € ___ ;
Ciclo diurno trattamenti	n. x tariffa € ___ x n. ___ gg = € ___ - € ___ % a carico Fondo sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale;	
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, 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 contratto ai sensi dell'art. 12;

  
 Azienda Sanitaria Provinciale Crotonese  
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
 Dr. Sergio ARENA



## 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

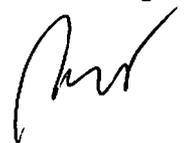
### Cessione dei crediti

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 *quinquies*, comma 2 *quinquies* 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 del T.U. imposta di registro di cui al D.P.R.n° 131/1986.

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dr. Scelzo ARENA



## 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: casagiardino.oliveti@pec.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC direzionegenerale@pec.asp.crotone.it

CROTONE, 17 / 2 / 2016

L'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dr. Sergio OLIVETTI

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. Sergio OLIVETTI

L'Erogatore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spett.  
Azienda Sanitaria Provinciale  
Via M. Nicoletta  
Centro Direzionale "Il Granaio"  
88900 – Crotona

**Oggetto: trasmissione documentazione ai sensi dell'art. 2 – Allegato a DCA n.78 del 6 luglio 2015.**

In riferimento a quanto in oggetto si trasmette, in duplice copia, la documentazione di seguito descritta:

- Dichiarazione sostitutiva di certificato carichi pendenti, resa dal legale rappresentante ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 N.445;
- Dichiarazione sostitutiva antimafia resa dai singoli soci ai sensi degli artt. 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n.159, con le modalità di cui all'art.38 del D.P.R. 28/12/2000 N.445;
- Dichiarazione sostitutiva resa dal legale rappresentante attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi di cui alla n.68 del 12 Marzo 1999 e successive mm.e ii.;
- Richiesta del Certificato Generale del Casellario Giudiziale e Certificato dei Carichi Pendenti dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura (in corso di rilascio);
- Dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante attestante l'avvenuta adozione del Modello Organizzativo e l'adozione di un Codice Etico ai sensi dell' art. 6 del D.Lgs.n.231/2001;
- Dichiarazione sostitutiva resa dal legale rappresentante sull'osservanza della normativa in materia infortunistica, impiantistica e tutela della salute negli ambienti di lavoro di cui al D.Lgs. N.81/2008.
- Certificato di iscrizione della Società alla Camera di Commercio di Crotona;
- Elenco del personale in servizio;
- Elenco delle attrezzature;
- Copia del Certificato del Sistema di Qualità.

Cotronei, 15/02/2016

In fede  
Il rappresentante legale  
(Annibale F.S. Oliveti)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATO CARICHI PENDENTI  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445**

***(DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI)***

Io sottoscritto/a Oliveti Annibale Franco Saturnino nato a Formia (LT) il 25/09/1955 e residente a Cotronei (KR), Via Lagi Silani, 339, nella qualità di legale rappresentante e amministratore della Casa Giardino SNC dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA: 00885180794;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

**DICHIARO**

- che nei propri confronti e nei confronti dei propri familiari conviventi non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di misure di prevenzione e/o ostative di cui all' art. 6 del D.Lgs. n.159/2011.

Cotronei, 15/02/2016

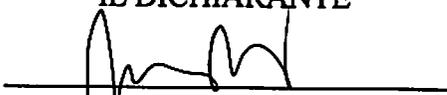
IL DICHIARANTE



Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE



**La presente dichiarazione non necessita dell'autentica 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.**

Cognome **OLIVETI**  
 Nome **ANNIBALE FRANCO SATURNINO**  
 Data di nascita **25-09-1955**  
 Sesso **M** P.1 **S** A  
 Comune di nascita **FORMIA (LT)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **COTRONEI (KR)**  
 Indirizzo **Via Laghi Silani n. 339**  
 Stato civile **CONIUGATO**  
 Professione **MEDICO SPECIALISTA**  
 Titoli **CONIUGATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**  
 Valore **1.70**  
 Statura **BRIZZOLATI**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi  
 Segni particolari



**COTRONEI** Data **05/12/2011**  
**UFFICIO ANNOVAZIONE**  
**AREA DEMOGRAFICA PERSONALE**  
**PROV. CROTONE**  
**UFFICIO ANNOVAZIONE**  
**UFFICIO ANNOVAZIONE**  
**UFFICIO ANNOVAZIONE**

Diritti Euro 5,80  
 Scade il 04/12/2021  
**AS 2846095**

REPUBBLICA ITALIANA  
 COMUNE DI  
**COTRONEI**  
**CARTA D'IDENTITA'**  
 N° AS 2846095  
 DI  
**OLIVETI**  
**ANNIBALE FRANCO SATURNINO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATO CARICHI PENDENTI**  
**ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445**

***(DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI)***

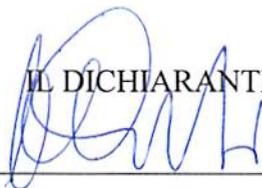
Io sottoscritto/a Oliveti Gabriela nata a Formia (LT) il 11/05/1951 e residente a Cotronei (KR), Via della Salute, 59, nella qualità di legale rappresentante e amministratore Casa Giardino SNC dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA: 00885180794; consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARO

- che nei propri confronti e nei confronti dei propri familiari conviventi non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di misure di prevenzione e/o ostative di cui all' art. 6 del D.Lgs. n.159/2011.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE



Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE



**La presente dichiarazione non necessita dell'autentica 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.**



DATA NAZIONALE DEI SERVIZI  
**TS**  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI  
 REPUBBLICA ITALIANA  
 CODICE FISCALE  
 LVTGRL51E51D708B Sesso F  
 COGNOME  
 OLIVETI  
 NOME  
 GABRIELA  
 LUOGO DI NASCITA  
 FORMIA  
 PROVINCIA  
 LT  
 DATA DI NASCITA  
 11/05/1951  
 DATA DI SCADENZA  
 06/05/2017  
 DALLI PARTI REGIONALI

Cognome..... **OLIVETI** .....  
 Nome..... **GABRIELA** .....  
 nato il..... **11-05-1951** .....  
 (atto n..... **3** P..... **2** S..... **A**.....)  
 a..... **FORMIA (LT)** .....  
 Cittadinanza..... **ITALIANA** .....  
 Residenza..... **COTRONEI (KR)** .....  
 Via..... **V. della Salute n. 59** .....  
 Stato civile..... **CONIUGATA** .....  
 Professione..... **MEDICO SPECIALISTA** .....  
**CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**  
 Statura..... **1:60** .....  
 Capelli..... **NERI** .....  
 Occhi..... **NERI** .....  
 Segni particolari..... **-----** .....  
 .....  
 .....

  
 Firma del titolare..... *Gabriela Oliveti* .....  
**COTRONEI** li **09/10/2012** .....  
 IL SINDACO  
 ISTRUTTORE AMM.  
  
 Impronta del dito indice sinistro  
  


**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**Dichiarazione sostitutiva della "Comunicazione Antimafia"**

Io sottoscritto/a Oliveti Annibale Franco Saturnino nato a Formia (LT) il 25/09/1955 e residente a Cotronei (KR), Via Lagi Silani, 339, nella qualità di legale rappresentante e amministratore della Casa Giardino SNC dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA: 00885180794;

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

**DICHIARA**

- Che nei propri confronti non sussistono cause di decadenza, di divieto o di sospensione previsti dal D.Lgs n. 159 del 6/9/2011, così come modificato dalle disposizioni integrative e correttive di cui al D.Lgs. 15/11/2012 n. 218.

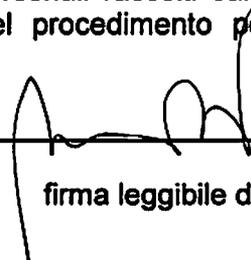
**DICHIARA, ALTRESI',**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età (indicare esatte generalità):

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela
Oliveti	Stefania	01/05/1959	Firenze	Moglie

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cotronei, li 15/02/2016

  
\_\_\_\_\_  
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.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

La presente dichiarazione dovrà essere effettuata da tutti i soggetti per i quali operano le cause di esclusione e divieto previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 163/2006 nonché dai soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs. n. 159 del 6/9/2011, così come modificato dalle disposizioni integrative e correttive di cui al D.Lgs. 15/11/2012 n. 218, **ESCLUSI** i familiari maggiorenni conviventi



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**Dichiarazione sostitutiva della "Comunicazione Antimafia"**

Io sottoscritto/a Oliveti Gabriela nata a Formia (LT) il 11/05/1951 e residente a Cotronei (KR),  
Via della Salute, 59, nella qualità di legale rappresentante e amministratore Casa Giardino SNC  
dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA:  
00885180794;

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

**DICHIARA**

- Che nei propri confronti non sussistono cause di decadenza, di divieto o di sospensione  
previsti dal D.Lgs n. 159 del 6/9/2011, così come modificato dalle disposizioni integrative e  
correttive di cui al D.Lgs. 15/11/2012 n. 218.

**DICHIARA, ALTRESI',**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di  
maggiore età (indicare esatte generalità):

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela
Navazio	Michele	08/05/1950	Roma	Marito

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in  
materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con  
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente  
dichiarazione viene resa.

Cotronei, li 15/02/2016

  
\_\_\_\_\_

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.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle  
dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria.**

La presente dichiarazione dovrà essere effettuata da tutti i soggetti per i quali operano le cause di  
esclusione e divieto previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 163/2006 nonché dai soggetti di cui all'art. 85  
del D.Lgs. n. 159 del 6/9/2011, così come modificato dalle disposizioni integrative e correttive di  
cui al D.Lgs. 15/11/2012 n. 218, **ESCLUSI** i familiari maggiorenni conviventi



**CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI**

**TESSERA SANITARIA**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA  
REGIONE DEL LAZIO

Codice Fiscale: **LYTGR151E51D708B** Sesso: **F**

Cognome: **OLIVETI**

Nome: **GABRIELA**

Luogo di nascita: **FORMIA**

Provincia: **LT**

Data di nascita: **11/05/1951**

Data di scadenza: **06/05/2017**

Info: [www.serviziocivili.it](http://www.serviziocivili.it)

Cognome..... **OLIVETI** .....

Nome..... **GABRIELA** .....

nato il..... **11-05-1951** .....

(atto n..... **3**..... P..... **2**..... S..... **A**.....)

a..... **FORMIA (LT)** .....

Cittadinanza..... **ITALIANA** .....

Residenza..... **COTRONEI (KR)** .....

Via..... **V. della Salute n. 59** .....

Stato civile..... **CONIUGATA** .....

Professione..... **MEDICO SPECIALISTA** .....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1.60** .....

Capelli..... **NERI** .....

Occhi..... **NERI** .....

Segni particolari..... **=====** .....

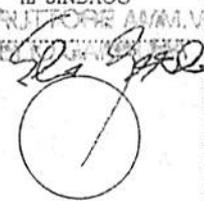


Firma del titolare..... *Gabriela Oliveti* .....

..... **COTRONEI** /li..... **09/10/2012** .....

IL SINDACO  
INSTRUTTORE AMM.V.

Impronta del dito indice sinistro

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445**

***(DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI)***

Io sottoscritto/a Oliveti Annibale Franco Saturnino nato a Formia (LT) il 25/09/1955 e residente a Cotronei (KR), Via Lagi Silani, 339, nella qualità di legale rappresentante e amministratore della Casa Giardino SNC dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA: 00885180794;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000; in merito agli obblighi informativi in materia di diritto del lavoro dei disabili di cui alla all'art. 9 della L.12 marzo 1999, n.68;

**DICHIARO**

- di avere ottemperato agli obblighi derivanti dalla suddetta legge.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE



---

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE



---

**La presente dichiarazione non necessita dell'autentica 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.**

Cognome **OLIVETI**  
 Nome **ANNIBALE FRANCO SATURNINO**  
 Data di nascita **25-09-1955**  
 Sesso **M** P **1** S **A**  
 Comune di nascita **FORMIA (LT)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **COTRONEI (KR)**  
 Indirizzo **Via Laghi Silani n. 339**  
 Stato civile **CONIUGATO**  
 Professione **MEDICO SPECIALISTA**  
 Categorie **COMMOIATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**  
 Valore **1.70**  
 Statura **BRIZZOLATI**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **VERDI**  
 Segni particolari



**COTRONEI** del 05/12/2011  
**COMUNE DI COTRONEI**  
**AREA DEMOGRAFICA PERSONALE**  
**PROV. CROTONE**  
**DIRETTORE AMM. VO**  
**PIU' GARUSA**

Diritti Euro 5,80  
 Scade il 04/12/2021  
**AS 2846095**




**REPUBBLICA ITALIANA**  
**COMUNE DI COTRONEI**  
**CARTA D'IDENTITA'**  
**N° AS 2846095**  
**DI**  
**OLIVETI**  
**ANNIBALE FRANCO SATURNINO**

RICHIESTA DI CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE

AL DIRIGENTE LA SEGRETERIA

Il/La sottoscritto/a OLIVETTI ANIMALE FRANCO SATURNINO

Nato/a in FORMIA (LT) il 25/09/1955

Residente in COTRONI (KR) via LACCA SILANI 339

CHIEDE Il rilascio di N°  certificati del Casellario giudiziale

Penale  Penale art.25 bis D.P.R. 313/02 -  Generale  Civile

Per i suddetti certificati allegare una marca da bollo da euro 3,84 e una da 16,00 oppure una da 19,84

Per l'urgenza con ritiro nella stessa giornata aggiungere altra marca da 3,84 euro oppure una marca unica da euro 23,52 €

Generale  x adozione esente da bollo  nazionale  internazionale

Per gli usi consentiti dalla legge

Crotone, 17/02/2016

[Firma]  
(firma del richiedente)

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' da cui risulti la residenza

**ATTO DI DELEGA**

N.B. **DA COMPILARE SOLTANTO SE LA RICHIESTA E' PRESENTATA (E/O IL CERTIFICATO RITIRATO) DA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a OLIVETTI ANIMALS FRANCO SATURNINO delega il/la Sig./ra TROCINO GIUSEPPE nato/a CATANZARO il 03/10/1975 residente in COTONI Via ISRAELS 2 a presentare la richiesta e a ritirare il relativo certificato. Autorizza, ai sensi della Legge 31/12/96 n°675, la comunicazione al delegato dei dati eventualmente contenuti nel certificato stesso.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del delegato

[Firma] (firma del richiedente) [Firma] (firma del delegato)

N.B. IL RITIRO SI EFFETTUA DOPO LE ORE 12.00

Si certifica l'avvenuta apposizione delle marche per diritti di copia e bolli per:

- euro 19,84;
- euro 23,52 €

Crotone li, \_\_\_\_\_



RICHIESTA DI CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE

AL DIRIGENTE LA SEGRETERIA

Il/La sottoscritto/a OLIVETTI GABRIELA

Nato/a in FORMIA (LT) il 14/05/1951

Residente in CROTONE (KR) via DELLA SALUTE, 59

CHIEDE il rilascio di N°  certificati del Casellario giudiziale

Penale  Penale art.25 bis D.P.R. 313/02 -  Generale  Civile

Per i suddetti certificati allegare una marca da bollo da euro 3,84 e una da 16,00 oppure una da 19,84

Per l'urgenza con ritiro nella stessa giornata aggiungere altra marca da 3,84 euro oppure una marca unica da euro 23,52 *68*

Generale  x adozione esente da bollo  nazionale  internazionale

Per gli usi consentiti dalla legge

Crotone, 17/02/2016



(firma del richiedente)

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' da cui risulti la residenza

ATTO DI DELEGA

N.B. DA COMPILARE SOLTANTO SE LA RICHIESTA E' PRESENTATA (E/O IL CERTIFICATO RITIRATO) DA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a OLIVETTI GABRIELA delega il/la Sig./ra TROCINO GIUSEPPE nato/a CATANZARO il 03/10/1975 residente in CROTONE Via ISRAELS, 8 a presentare la richiesta e a ritirare il relativo

certificato. Autorizza, ai sensi della Legge 31/12/96 n°675, la comunicazione al delegato dei dati eventualmente contenuti nel certificato stesso.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del delegato



(firma del richiedente)

(firma del delegato)

N.B. IL RITIRO SI EFFETTUA DOPO LE ORE 12.00

Si certifica l'avvenuta apposizione delle marche per diritti di copia e bolli per:

euro 19,84;

euro 23,52 *68*

Crotone li, \_\_\_\_\_

Diritti Euro 5,80  
Scade il 11/05/2023

AT 6494166



1928...OCV...RMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
COTRONEI

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT 6494166

DI

OLIVETI

GABRIELA

Cognome..... OLIVETI.....

Nome..... GABRIELA.....

nato il..... 11-05-1951.....

(alto n..... 3..... P..... 2..... S..... A.....)

a..... FORMIA (LT).....

Cittadinanza..... ITALIANA.....

Residenza..... COTRONEI (KR).....

Via..... v. della Salute n. 59.....

Stato civile..... CONIUGATA.....

Professione..... MEDICO SPECIALISTA

CONNETTI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... 1.60.....

Capelli..... NERI.....

Occhi..... NERI.....

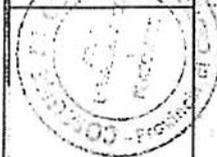
Segni particolari.....



Firma del titolare.....

..... COTRONEI li 09/10/2012.....

Impronta del dito  
indice sinistro



IL SINDACO

.....

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI



REPUBBLICA ITALIANA  
TESSERA SANITARIA  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice fiscale  
LVTGRLS1E51D708B Sesso F

Cognome  
OLIVETI

Nome  
GABRIELA

Luogo di nascita  
FORMIA

Provincia  
LT

Data di scadenza  
06/05/2017

Data di nascita  
11/05/1951

Carta sanitari regionali

++

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
**(Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)**

Io sottoscritto/a Oliveti Annibale Franco Saturnino nato a Formia (LT) il 25/09/1955 e residente a Cotronei (KR), Via Lagi Silani, 339, nella qualità di legale rappresentante e amministratore della Casa Giardino SNC dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA: 00885180794;

**DICHIARA**

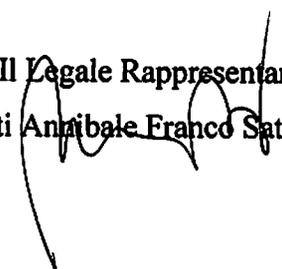
- Di aver applicato la normativa inerente alla responsabilità degli enti ai sensi del D.Lgs. 231/2001;
- Di aver adottato il Modello Organizzativo ed il Codice Etico ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/01 lettera a;
- Di aver nominato i membri dell'Organo di Vigilanza ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 231/01 lettera b;
- Di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;
- Di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445. Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il sottoscritto dà il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto ai fini degli adempimenti di obblighi di legge.

Cotronei, li 15/02/2016

Allegati:

- Fotocopia Carta d'Identità in corso di validità.

Il Legale Rappresentante  
(Oliveti Annibale Franco Saturnino)



**OLIVETI**  
**ANNIBALE FRANCO SATURNINO**  
 N. 25-09-1955  
 Sesso: M P. 1 S. A  
 FORMIA (LT)  
 Cittadinanza ITALIANA  
 Residenza COTRONEI (KR)  
 Via Laghi Silani n. 339  
 Stato civile CONIUGATO  
 Professione MEDICO SPECIALISTA  
 CENSOLOIATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 1.70  
 Statura BRIZZOLATI  
 Capelli CASTANI  
 Occhi  
 Segni particolari



COTRONEI data 05/12/2011  
 DIRETTORE AMM. VO  
 P. GARRUBA  
 AREA  
 DEMOGRAFICA  
 PERSONALE  
 COMUNE DI COTRONEI  
 PROV. CROTONE

Diritti Euro 5,80  
 Scade il 04/12/2021  
 AS 2846095



REPUBBLICA ITALIANA  
 COMUNE DI  
 COTRONEI  
 CARTA D'IDENTITA  
 N° AS 2846095  
 DI  
 OLIVETI  
 ANNIBALE FRANCO SATURNINO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATO CARICHI PENDENTI  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445**

***(DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI)***

Io sottoscritto/a Oliveti Annibale Franco Saturnino nato a Formia (LT) il 25/09/1955 e residente a Cotronei (KR), Via Lagi Silani, 339, nella qualità di legale rappresentante e amministratore della Casa Giardino SNC dei F.lli G. & A. Oliveti, con sede legale in Cotronei (KR), Via Laghi Silani SNC, P.IVA: 00885180794;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

**DICHIARO**

- che la suddetta società osserva la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sui luoghi di lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi negli ambienti di lavoro e, in ogni caso, all'adempimento di tutte le prescrizioni di cui al D.Lgs. del 9 aprile 2008, n.81.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE

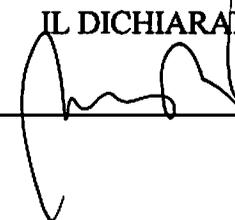


---

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Cotronei, 15/02/2016

IL DICHIARANTE



---

**OLIVETI**  
**ANNIBALE FRANCO SATURNINO**  
 25-09-1955  
 Sesso: M P 1 S A  
 FORMIA (LT)  
 Cittadinanza ITALIANA  
 Posizione: COTRONEI (KR)  
 Via Laghi Silani n. 339  
 Stato civile: CONIUGATO  
 Professione: MEDICO SPECIALISTA  
 Cognomi e Contrassegni Salenti: 1.70  
 Statura: BRIZZOLATI  
 Capelli: CASTANI  
 Occhi:  
 Segni particolari:



COTRONEI data 05/12/2011  
 S. UFFICIO ANNOVO  
 LUIGI GARRUSA  
 AFFA  
 DEMOGRAFICA  
 PERSONALE  
 COMUNE DI COTRONEI  
 PROV. CROTONE

Diritti Euro 5,80  
 Scade il 04/12/2021  
 AS 2846095

REPUBBLICA ITALIANA  
 COMUNE DI  
 COTRONEI  
 CARTA D'IDENTITA'  
 N° AS 2846095  
 DI  
 OLIVETI  
 ANNIBALE FRANCO SATURNINO

## VISURA ORDINARIA SOCIETA' DI PERSONE

**CASA GIARDINO DEI FRATELLI  
GABRIELA ED ANNIBALE  
OLIVETI S.N.C.**



**F6DXH4**

*Il QR Code consente di verificare la corrispondenza tra questo documento e quello archiviato al momento dell'estrazione. Per la verifica utilizzare l'App RI QR Code o visitare il sito ufficiale del Registro Imprese.*

### DATI ANAGRAFICI

Indirizzo Sede legale	COTRONEI (KR) VIA LAGHI SILANI CAP 88836
Indirizzo PEC	casadicura@pec.oliveti.info
Telefono	0962 491711
Numero REA	KR - 155586
Codice fiscale	00885180794
Partita IVA	00885180794
Forma giuridica	societa' in nome collettivo
Data atto di costituzione	13/10/1989
Data iscrizione	19/02/1996
Data ultimo protocollo	30/09/2013
Socio Amministratore	OLIVETI GABRIELA

### ATTIVITA'

Stato attività	attiva
Data inizio attività	22/08/1998
Attività esercitata	casa soggiorno per anziani.
Codice ATECO	87.1
Codice NACE	87.1
Attività import export	-
Contratto di rete	-
Albi ruoli e licenze	-
Albi e registri ambientali	-

### L'IMPRESA IN CIFRE

Ammontare conferimenti	5.164,57
Addetti al 30/09/2015	27
Titolari di cariche	2
Unità locali	0
Pratiche RI dal 11/02/2015	0
Trasferimenti di sede	0
Partecipazioni (1)	-

### CERTIFICAZIONE D'IMPRESA

Attestazioni SOA	-
Certificazioni di QUALITA'	-

### DOCUMENTI CONSULTABILI

Fascicolo	sì
Statuto	sì
Altri atti	1

Le informazioni, sopra riportate, sono tutte di fonte Registro Imprese o REA (Repertorio Economico Amministrativo); si possono trovare i dettagli nella Visura o nel Fascicolo d'Impresa

(1) Da elenchi soci e trasferimenti di quote

Indice

1 Sede .....	2
2 Informazioni da patti sociali .....	2
3 Informazioni patrimoniali .....	3
4 Soci e titolari di cariche o qualifiche .....	3
5 Attività, albi ruoli e licenze .....	4
6 Aggiornamento impresa .....	4

1 Sede

Indirizzo Sede legale	COTRONEI (KR) VIA LAGHI SILANI CAP 88836
Telefono	0962 491711
Indirizzo PEC	casadicura@pec.oliveti.info
Partita IVA	00885180794
Numero REA	KR - 155586

Iscrizione REA  
sede legale

Numero repertorio economico amministrativo (REA): KR - 155586

COTRONEI (KR)  
VIA LAGHI SILANI CAP 88836  
Telefono: 0962 491711

Indirizzo elettronico  
partita iva

Indirizzo pubblico di posta elettronica certificata: casadicura@pec.oliveti.info  
00885180794

2 Informazioni da patti sociali

Registro Imprese	Data di iscrizione: 19/02/1996
	Sezioni: Iscritta nella sezione ORDINARIA
Estremi di costituzione	Data atto di costituzione: 13/10/1989
Oggetto sociale	LA COSTRUZIONE E LA GESTIONE DI CASE DI RIPOSO PER ANZIANI, ESSA POTRA' INOLTRE EFFETTUARE PER CONTO PROPRIO O DI TERZI LAVORI DI MANUTENZIONE ORDINARIAE STRAORDINARIA DI STRUTTURE EDILIZIE ED IMPIANTI, NONCHE' FORNIRE SERVIZI DI ...

Estremi di costituzione

Iscrizione Registro Imprese

Codice fiscale e numero d'iscrizione: 00885180794  
del Registro delle Imprese di CROTONE  
Precedente numero di iscrizione: KR010-3163  
Data iscrizione: 19/02/1996

sezioni

Iscritta nella sezione ORDINARIA il 19/02/1996

Informazioni costitutive

Data atto di costituzione: 13/10/1989

durata della società

Data termine: 31/12/2050

**scadenza esercizi**

Scadenza primo esercizio: 31/12/1989  
Scadenza esercizi successivi: 31/12

**Oggetto sociale**

LA COSTRUZIONE E LA GESTIONE DI CASE DI RIPOSO PER ANZIANI, ESSA POTRA' INOLTRE EFFETTUARE PER CONTO PROPRIO O DI TERZI LAVORI DI MANUTENZIONE ORDINARIAE STRAORDINARIA DI STRUTTURE EDILIZIE ED IMPIANTI, NONCHE' FORNIRE SERVIZI DI PULIZIA, TRASPORTO DI PERSONE E COSE, PREPARAZIONE E DISTRIBUZIONE DI PASTI, GIARDINAGGIO, RACCOLTA E LAVAGGIO DI BIANCHERIA, ASSISTENZA DOMICILIARE AD ANZIANI E DISABILI. LA SOCIETA' POTRA' COMUNQUE EFFETTUARE QUALSIASI ALTRA ATTIVITA' CONNESSA, AFFINE O COMPLEMENTARE. PER LA REALIZZAZIONE DELL'OGGETTO SOCIALE, LA SOCIETA' POTRA' STIPULARE CONVENZIONI ED ACCORDI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI. LE ATTIVITA' ESERCITATE DALLA SOCIETA' POTRANNO ESSERE GESTITE, AI FINI FISCALI, CON CONTABILITA' SEPARATE. LA SOCIETA' POTRA' ASSUMERE INTERESSENZE, QUOTE DI PARTECIPAZIONI IN ALTRE SOCIETA', CONSORZI O ALTRE FORME ASSOCIATIVE, AVENTI OGGETTO ANALOGO O AFFINE AL PROPRIO E COMPIERE TUTTE LE OPERAZIONI, MOBILIARI, IMMOBILIARI, INDUSTRIALI E COMMERCIALI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI E CON ISTITUTI DI CREDITO, RITENUTE NECESSARIE ED UTILI PER IL CONSEGUIMENTO DELL'OGGETTO SOCIALE, COMPRESO IL RILASCIO DI GARANZIE E FIDEJUSSIONI IN GENERALE.

**Poteri**

**poteri di amministrazione e rappresentanza dei soci**

LA FIRMA SOCIALE, L'AMMINISTRAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DELLA SOCIETA' NONCHE' L'ORGANIZZAZIONE DELLA GESTIONE SONO AFFIDATE DISGIUNTAMENTE AD ENTRAMBI I SOCI CHE FIRMERANNO CON FIRMA LIBERA PREMETTENDO LA RAGIONE SOCIALE. ESSI HANNO LA RAPPRESENTANZA LEGALE DELLA SOCIETA' DI FRONTE AI TERZI ED IN GIUDIZIO.

**3 Informazioni patrimoniali**

**Conferimenti**

Valore nominale dei conferimenti in Lira Italiana 10.000.000  
corrispondenti indicativamente ad Euro 5.164,57

**4 Soci e titolari di cariche o qualifiche**

Socio Amministratore  
Socio Amministratore

OLIVETI GABRIELA  
OLIVETI ANNIBALE

**soci**

Numero soci: 2  
Numero soci amministratori: 2

**Socio Amministratore**  
OLIVETI GABRIELA

**residenza**

Nata a FORMIA (LT) il 11/05/1951  
Codice fiscale: LVTGRL51E51D708B  
COTRONEI (KR)  
VIA LAGHI SILANI CAP 88836

**carica**

**socio amministratore**  
Nominato con atto del 13/10/1989

**quota**

Quota: 5.000.000  
Valuta: Lire  
Indicativamente pari ad euro 2.582,28

### Socio Amministratore

**OLIVETI ANNIBALE**

*residenza*

Nato a FORMIA (LT) il 25/09/1955  
Codice fiscale: LVTNBL55P25D708I  
COTRONEI (KR)  
VIA LAGHI SILANI CAP 88836

*carica*

**socio amministratore**

Nominato con atto del 13/10/1989

*quota*

Quota: 5.000.000

Valuta: Lire

Indicativamente pari ad euro 2.582,28

### 5 Attività, albi ruoli e licenze

Addetti	27
Data d'inizio dell'attività dell'impresa	22/08/1998
Attività esercitata	CASA SOGGIORNO PER ANZIANI.

#### Attività

##### Inizio attività

*(informazione storica)*

Data inizio dell'attività dell'impresa: 22/08/1998

##### attività esercitata nella sede legale

CASA SOGGIORNO PER ANZIANI.

##### classificazione ATECORI 2007 dell'attività

*(informazione di sola natura statistica)*

Codice: 87.1 - strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani  
Importanza: P - primaria Registro Imprese

##### Addetti

*(informazione di sola natura statistica)*

Numero addetti dell'impresa rilevati nell'anno 2015  
(Dati rilevati al 30/09/2015)

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Valore medio
Dipendenti	28	27	26	27
Indipendenti	0	0	0	0
Totale	28	27	26	27

##### Addetti nel comune di

**COTRONEI (KR)**

*Sede*

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	Valore medio
Dipendenti	28	27	26	27
Indipendenti	0	0	0	0
Totale	28	27	26	27

### 6 Aggiornamento impresa

Data ultimo protocollo	30/09/2013
------------------------	------------

*Il presente documento contiene importi iscritti originariamente in Lire e, solo ai fini dell'aggiornamento di valuta, automaticamente tradotti in Euro secondo le regole di arrotondamento previste dal Regolamento CE n.1103/97 del 17/06/1997*



CASAGIARDINO DEI F.LLI GALA OLIVETTI SNC  
 VIA LAGHI SILANI SNC - 88836 COTTRONE (CS)  
 P.IVA: 06885160794  
 Tel.0962-491711 Fax 0962-491190  
 E-Mail: casagiardino.olivetti@virgilio.it

ELENCO PERSONALE IN SERVIZIO												
Codice Struttura	Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Luogo di residenza	Codice Fiscale	Titolo di studio	Miembro	Ore settimanali lavorative	CODI applicato	Denominazione struttura	Indirizzo sede operativa di lavoro del dipendente
CPAL0	ROSALBA	YOMA	Crotone	29/05/1976	Cotronei	VNORL766590127V	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ANTONETTA	SCAVELLI	Catanzaro	30/07/1977	Cotronei	SCVPA71771C531B	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ANTONIO	SCHEITINI	Cotronei	16/08/1964	Cotronei	SCVTH64M160123G	Licenza media inf.	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ROCCO	VENTRICE	Crotone	19/04/1978	Cotronei	VNTRC780190127V	Licenza media inf.	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	SAMIRO	IANNOTTI	Cotronei	11/02/1976	Cotronei	MVTSOR7611D133J	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	VITTORIA	MADDA	Cotronei	19/02/1968	Cotronei	MDAVTR826500123L	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	GIUSEPPE	GIORDANO	Peduba Polcastro	09/07/1977	Cotronei	GRDGPP77AD5G08R	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ALESSANDRO	FASIANO	Cotronei	30/09/1971	Cotronei	FMVLSMT1P300113D	Licenza media inf.	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	DANIELA	CARDELLI	Rosarno	13/04/1964	Cotronei	CDU04UL40S3HS8P	Licenza media inf.	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	GABRIELE	BENKASA	Cotronei	02/04/1976	Cotronei	BVNGRL76402D123L	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	MASCO	BOZZA	Crotone	09/04/1976	Cotronei	BQZMAC76A200122E	Licenza media inf.	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	GIUSEPPINA	FASIANO	Crotone	07/07/1976	Cotronei	FBNGPP83480123M	Laurea	Infermiere	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	MARCO	RULIANO	Crotone	21/05/1984	San Giovanni in Fiore	LKLMRQ4E21D127V	Laurea	Infermiere	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	VINCENZO MASSIMO	AMMIRATI	Cotronei	22/03/1973	Cotronei	MNRVQV78C20123R	Laurea	Infermiere	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	FRANCESCO	POERO	Catanzaro	04/03/1982	Peduba Polcastro	PRDFNCR204C52J	Laurea	Infermiere	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	CATERINA	TENESCO	Crotone	13/11/1982	Cotronei	TSCDHR35S30122D	Laurea	Infermiere	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	MARIA FRANCESCA	BARILE	San Giovanni in F.	23/10/1986	San Giovanni in Fiore	BRLMFR8668H919D	Laurea	Infermiere	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	GIUSEPPE	AMATO	Crotone	10/09/1982	Peduborgo	MVAGPP87080122U	DIPLOMA IT	O.S.S.	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ROSSELLA	VEZZA	Crotone	16/09/1978	Cotronei	VZNSZ78P560122A	Laurea	Assistente Sociale	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	GIUSEPPINA	SCHIRANI	Crotone	18/10/1988	Peduba Polcastro	SCMGPP83S80122U	Laurea	Assistente Sociale	18	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	MARIA LUISA	CONGILIO	Crotone	04/01/1984	Cotronei	CNGML8M4440122K	Laurea	Educatore Professionale	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	VINCENZO	COZZA	Crotone	01/12/1964	Crotone	CZVQV847010121F	Laurea	Educatore Professionale	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	TENESA	LORIA	Crotone	30/11/1972	Crotone	LBOTR8725700127W	Laurea	Psicologo	28	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ANTONELLA	POERO	Crotone	10/12/1983	Cotronei	PRD34ULE8300122K	Laurea	Terapista della riabilitazione	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	SALVATORE	CAVALLO	Crotone	10/10/1985	Peduba Polcastro	CMSVTR870100127V	Diploma	Massofisioterapista	36	Reg. LP Strutturato	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	TOMMASO	SORRENTE	Catanzaro	25/06/1973	Cotronei	SGRTM873H25C52D	Laurea	Impiegato	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ALESSANDRO	OLIVETTI	Firenze	29/08/1988	Cotronei	LVTLN888M290612L	DIPLOMA IT	Impiegato	18	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	LEONARDO	MARESCLACO	Crotone	07/07/1976	Cotronei	MRSJLD78070122T	DIPLOMA IT	Audiatore	36	AOP	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	BARBARA	ASTORINO	Cotronei	04/10/1965	Cotronei	STR88888M40123G	Licenza media inf.	Addresso alle publie	32	Law Interinale	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	GIUSEPPE	CARUANO	Crotone	24/09/1979	Cotronei	CRNGP797AD122M	Licenza media inf.	Addresso alle publie	22	Law Interinale	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ROSARIA	REZZA	Peduba Polcastro	14/06/1978	Cotronei	RZZ88878M540508P	Licenza media inf.	Addresso alle publie	36	Law Interinale	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	STEFANIA	YOMA	Crotone	07/09/1978	Cotronei	VNCGM78P470122H	Licenza media inf.	Addresso alle publie	22	Law Interinale	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ANNIBALE FRANCO SATURNINO	OLIVETTI	Formia	25/09/1955	Cotronei	LVTRBLE85P25078D	Laurea Spec.	Medico resp. Geriatrico	36	Reg. LP Strutturato	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc
CPAL0	ANGELO	BIRGANOP	Bari	04/09/1959	Roma	BIRGNLS980M4638M	Laurea Spec.	Medico Resp. con Funz. di Direzione Sanitaria	6	Reg. LP Strutturato	Casa Giardino del f.lli Olivetti SNC	Cotronei Via Laghi Silani Snc

di Legale rappresentanza  
 (Doc. Autografo)

M.B. I SERVIZI DI LAVANDERIA, PULIZIE E MENSA, SONO ESTERNALIZZATI E AFFIDATI A DITTE ESTERNE.





# Certificat

Certificate

N° 2015/67788.1

AFNOR Certification certifies that the management system implemented by:  
AFNOR Certification certifie que le système de management mis en place par :

## CASA GIARDINO DEI FRATELLI GABRIELA ED ANNIBALE OLIVETI SNC

for the following activities:  
pour les activités suivantes :

EROGAZIONE DI SERVIZI DI RESIDENZA ASSISTENZIALE  
PER ANZIANI E DISABILI (EA38)

has been assessed and found to meet the requirements of:  
a été évalué et jugé conforme aux exigences requises par :

**ISO 9001 : 2008**

and is developed on the following locations:  
et est déployé sur les sites suivants :

VIA LAGHI SILANI SNC - 88836 CROTONE (KR) - ITALIA

This certificate is valid from (year/month/day)  
Ce certificat est valable à compter du (année/mois/jour)

2015-07-13

until  
Jusqu'au

2018-07-13



**Managing Director of AFNOR Certification**  
**Directeur Général d'AFNOR Certification**

F. LEBEUGLE

The electronic certificate only, available at [www.afnor.org](http://www.afnor.org), attests in real-time that the company is certified. Seul le certificat électronique, consultable sur [www.afnor.org](http://www.afnor.org), fait foi en temps réel de la certification de l'organisme.  
COFRAC accreditation n°4-0001, Management System Certification. Scope available on [www.afnor.org](http://www.afnor.org). accréditation COFRAC n°4-0001, Certification de systèmes de management. Portée disponible sur [www.afnor.org](http://www.afnor.org).  
AFNOR is a registered trademark. AFNOR est une marque déposée. CERTIF 9906.7 - EN 112014



# Ministero della Giustizia

## Sistema Informativo del Casellario

### Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 1626/2016/R

Al nome di:

Cognome **OLIVETI**  
Nome **ANNIBALE FRANCO SATURNINO**  
Data di nascita **25/09/1955**  
Luogo di Nascita **FORMIA (LT) - ITALIA**  
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, 17/02/2016 09:59



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

*Francesco Rotundo*  
IL CANCELLIERE  
Francesco ROTUNDO

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.





# Ministero della Giustizia

## Sistema Informativo del Casellario

### Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 1625/2016/R

Al nome di:

Cognome **OLIVETI**  
Nome **GABRIELA**  
Data di nascita **11/05/1951**  
Luogo di Nascita **FORMIA (LT) - ITALIA**  
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, 17/02/2016 09:58



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

*Il Procuratore*  
P. ROTUNDO

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.

