

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 DICIANNOVE del mese di MAGGIO 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

LABORATORIO ANALISI LAB, erogatore di prestazioni di Laboratorio analisi, in persona del legale rappresentante p.t. Dr. Calvo Leonardo P.I. 00936080795 con sede legale in Crotona Via M. Nicoletta n. 31 (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, co. 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;
- 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* 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 Gennaio 2015 ,per la struttura LABORATORIO ANALISI LAB sita in Crotona Via M. Nicoletta n. 31 cod. struttura 067E6C cod. NSIS 003900 (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;

LABORATORIO ANALISI

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. _____

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*;

n. pl. _____ *residenziali*;

n. trattamenti _____ *semiresidenziali*;

Assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera per:

n: p.l. _____ *residenziali*;



Azienda Sanitaria Provinciale Crotona
IL COMMISSARIO VICE ORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

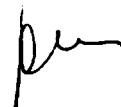
- n. trattamenti _____ semiresidenziali;
n. trattamenti _____ ambulatoriale singolo;
n. trattamenti _____ ambulatoriale di gruppo;
n. trattamenti _____ domiciliari;

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:
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti;
 - di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
 - 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;
 - 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:
- 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);
 - 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;
 - per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:
 - 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);
 - 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;
 - 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;
 - 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).
 - dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati;
 - 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 2016 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.

4 Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA



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 2016 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. **25 del 24/2/2016**, per l'anno 2016 è di **€ 522.010,00** 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 del 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. del per l'anno 2016 è di € _____, 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. _____ 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 2016 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 2016 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 2016 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 2016 (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 2016, in regime di *prorogatio* ai sensi dell'art. 9 del contratto stipulato nell'anno 2015, 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 2016.

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

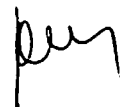
1. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, l'ASP e la Regione Calabria potranno in qualunque momento dare corso a ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo 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;

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

8 Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA



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 2016 e avrà durata sino al 31 dicembre 2016.
2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni dei sinallagma che regolamerterà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, andrà a svolgere la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2017, 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.

Azienda Sanitaria Provinciale Crotonese
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

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

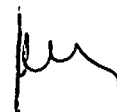
Cessione dei crediti

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

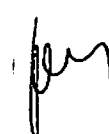
1. Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti 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. Sergio 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 laboratoriolab@pec.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC direzionegenerale@pec.asp.crotone.it

CROTONE, 19 / 5 / 2016

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

L'Azienda Sanitaria Locale _____

L'Erogatore _____

L.A.B. S.r.l.
LABORATORIO ANALISI CLINICHE
Via M. Nicoletta, 31 - CROTONE
Tel. 0962.20355 - Fax 23508
Part. Iva 00481770790
C.F. 00857470790

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 ARENA

L'Erogatore _____

L.A.B. S.r.l.
LABORATORIO ANALISI CLINICHE
Via M. Nicoletta, 31 - CROTONE
Tel. 0962.20355 - Fax 23508
Part. Iva 00481770790
C.F. 91000570795

L.A.B. Crotone Laboratorio Analisi

Codice Struttura	CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONI	Volumi prestazioni	Budget 2016
003900	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	1	14,73
003900	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	47	494,91
003900	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [Du]	1	10,58
003900	90.03.4	ACIDO VALPROICO	59	641,92
003900	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	1	18,55
003900	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	6102	6.102,00
003900	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	3	4,26
003900	90.05.3	ALDOSTERONE (S/U)	1	17,11
003900	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	4	21,20
003900	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	300	2.220,00
003900	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	119	631,89
003900	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	400	736,00
003900	90.07.5	AMMONIO [P]	19	120,84
003900	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	5	33,50
003900	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	64	844,16
003900	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	20	248,40
003900	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	15	124,35
003900	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	18	184,86
003900	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	50	534,50
003900	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	250	2.092,50
003900	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	150	1.540,50
003900	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSID	650	7.345,00
003900	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	3	24,54
003900	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	25	234,00
003900	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	15	110,55
003900	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	160	1.529,60
003900	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	4	54,84
003900	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	9	60,30
003900	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	500	6.285,00
003900	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	450	5.841,00
003900	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	350	4.431,00
003900	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	449	5.159,01
003900	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	3	41,82
003900	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	8	115,76
003900	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	2	43,14
003900	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	600	4.446,00
003900	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	25	415,00
003900	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	1700	12.597,00
003900	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	65	326,30
003900	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	1	5,30
003900	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	5	26,50
003900	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	6200	6.448,00
003900	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	2	13,74
003900	90.09.3	BARBITURICI	8	58,88
003900	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni ant	165	1.047,95
003900	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	70	371,00
003900	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	1300	1.469,00
003900	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	1400	1.974,00
003900	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIG	1	3,31
003900	90.11.1	C PEPTIDE	3	36,45
003900	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	1900	2.147,00
003900	90.11.5	CALCITONINA	1900	27.379,00

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
 Via M. Nicoletta 31 - CROTONE
 Tel. 0962.20355 - Fax 23506
 Part. Iva 0048170790
 C.F. 91000570795

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA

003900	90.12.3	CARBAMAZEPINA	10	120,40
003900	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	1	11,34
003900	90.12.5	CERULOPLASMINA	3	15,90
003900	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	400	452,00
003900	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	180	1.317,60
003900	90.14.1	COLESTEROLO HDL	4400	6.292,00
003900	90.14.2	COLESTEROLO LDL	2299	1.540,33
003900	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	6200	6.448,00
003900	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	55	74,80
003900	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	180	954,00
003900	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	59	1.091,50
003900	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	130	1.012,70
003900	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	149	214,56
003900	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	55	229,35
003900	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	5200	5.876,00
003900	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	135	216,00
003900	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	8	13,92
003900	90.61.3	CYFRA 21-1	2	38,10
003900	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	120	1.866,00
003900	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	70	907,90
003900	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	3	61,77
003900	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	8730	27.674,10
003900	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	15	249,00
003900	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	25	186,50
003900	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	2	14,96
003900	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASAL	280	2.094,40
003900	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	850	7.063,50
003900	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	65	780,65
003900	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	245	2.231,95
003900	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	745	3.523,85
003900	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione)	35	214,90
003900	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	170	598,40
003900	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	2800	17.808,00
003900	90.22.5	FERRO [S]	4000	4.560,00
003900	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	800	2.136,00
003900	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	250	1.590,00
003900	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	249	1.546,29
003900	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	15	24,90
003900	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	1800	1.872,00
003900	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	4	40,72
003900	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	30	43,80
003900	90.24.5	FOSFORO	450	657,00
003900	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	20	44,20
003900	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	3900	4.407,00
003900	90.26.1	GASTRINA [S]	3	42,24
003900	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	1	6,70
003900	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	45	107,10
003900	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	20	66,60
003900	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	8000	9.360,00
003900	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	15	90,30
003900	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	30	299,40
003900	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	1350	10.003,50
003900	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	70	1.005,20
003900	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)	50	457,00
003900	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	1	16,04
003900	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	400	28.472,00

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
Via M. Nicoletta 31 - CROTONE
Tel. 0962.20355 - Fax 23506
Par. Iva 00481770791
C.F. 91000570791

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

003900	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGLOGICHE: SCREENING MULTIALLERG	6	59.52
003900	90.68.3	IgE TOTALI	250	1.942.50
003900	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	3	16.50
003900	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	1	20.88
003900	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	500	2.495.00
003900	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	125	1.325.00
003900	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	5	139.10
003900	90.29.1	INSULINA [S]	80	700.00
003900	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	600	678.00
003900	90.30.2	LIPASI [S]	219	565.02
003900	90.30.3	LIPROTEINA (a)	2	24.54
003900	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	200	1.440.00
003900	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/DU/(Sg)Erl]	450	697.50
003900	90.33.4	MICROALBUMINURIA	120	493.20
003900	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	22	230.56
003900	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	8	217.68
003900	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa conce	170	972.40
003900	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	270	5.108.40
003900	90.37.4	POTASSIO [S/U/DU/(Sg)Erl]	2849	2.905.98
003900	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	13000	33.540.00
003900	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	450	1.161.00
003900	90.38.1	PROGESTERONE [S]	170	1.552.10
003900	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	350	2.495.50
003900	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	1900	7.353.00
003900	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	3000	12.690.00
003900	90.38.5	PROTEINE [S/U/DU/La]	145	163.85
003900	90.39.4	RAME [S/U]	10	46.90
003900	90.74.2	REAZIONE DI WALTER ROSE	180	385.20
003900	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	2	15.64
003900	90.74.5	RETTLOCITI (Conteggio) [(Sg)]	60	210.00
003900	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante aggl	10	80.30
003900	90.40.4	SODIO [S/U/DU/(Sg)Erl]	2450	2.499.00
003900	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O-T.A.	500	2.425.00
003900	90.93.4	TAMPONE VAGINALE	2	14.96
003900	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	1700	4.845.00
003900	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	660	1.881.00
003900	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	200	1.956.00
003900	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	30	426.60
003900	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	450	6.003.00
003900	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	3600	19.656.00
003900	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	3400	21.624.00
003900	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	1800	14.022.00
003900	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	380	1.816.40
003900	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (G.F.) [FTA-ABS]	1	9.90
003900	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante em	200	1.156.00
003900	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Floc	249	840.00
003900	90.43.2	TRIGLICERIDI	5650	6.610.50
003900	90.43.3	TRIOTITRONINA LIBERA (FT3)	3000	19.200.00
003900	90.82.3	TROPONINA I	8	103.14
003900	90.43.5	URATO [S/U/DU]	3600	4.068.00
003900	90.44.1	UREA [S/P/DU]	4000	4.520.00
003900	90.44.2	URINE CONTA DI ADIS	2	7.04
003900	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	7900	17.145.00
003900	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	3400	6.630.00
003900	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	160	1.299.27
003900	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	170	1.501.38

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
 Via M. Nicolotti, 31 - CROTONE
 Tel. 0982.20355 - Fax 23508
 Part. IVA 00481770790
 C.F. 9100570795

003900	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	41	412,05
003900	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	21	252,21
003900	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	154	1.541,54
003900	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	144	1.441,44
003900	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	144	1.441,44
003900	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	249	2.492,49
003900	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBcAg	80	800,80
003900	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	480	3.792,00
003900	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	1	63,01
003900	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	1	77,47
003900	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	480	4.804,80
003900	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	1	12,03
003900	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	1	21,74
003900	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I)	41	552,68
003900	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	18	137,52
003900	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BL	10	105,10
003900	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	30	237,60
003900	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	28	221,76
003900	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	500	5.450,00
003900	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	600	4.728,00
003900	90.44.5	VITAMINA D	550	8.723,00
Totale Budget al Lordo			152.971	522.010,00
Ticket stimato				15.638,00
Budget Netto				506.372,00


L.A.B. S.r.l.
 LABORATORIO ANALISI CLINICHE
 Via M. Nicoletta 31 - CROTONE
 Tel. 0962.20355 - Fax 23508
 Part. Iva 00481770790
 C.F. 01000570795

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

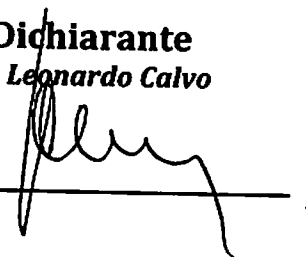
Il sottoscritto CALVO LEONARDO Cod. Fiscale CLV LRD 47T07 D122A, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Napoli, 39, – Legale Rappresentante della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* di rispettare il codice etico con l'adozione del Modello Organizzativo, di cui al D.Lgs. n.231/2001 in materia di prevenzione dei reati, depositato presso la propria struttura;

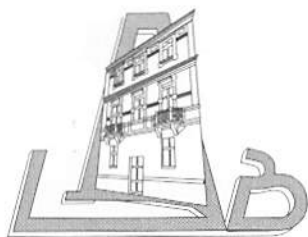
Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione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

Il Dichiarante
Dott. Leonardo Calvo



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.



L.A.B.
LABORATORIO ANALISI CLINICHE s.r.l.

Via M. Nicoletta, 31 - 88900 CROTONE
Tel. 0962.20355 - Fax 0962.23508
P.IVA 00481770790 - Cod. Regionale 067E6C
info@laboratoriolab.it - www.laboratoriolab.it

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE DEPOSITATA PRESSO ASP DI CROTONE DA ALLEGARE AL CONTRATTO
PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE PER L'ANNO 2016.**

Il sottoscritto Calvo Leonardo nato a Crotona il 07/12/1946 ed ivi residente alla via Napoli n. 39- C.Fisc. CLV LRD 46T07 D122A, in qualità di Legale Rappresentante della seguente struttura privata accreditata con il SSN:

RAGIONE SOCIALE: "L.A.B. Laboratorio Analisi Cliniche Srl

INDIRIZZO: CROTONE Via M. Nicoletta n. 31

COD. REGIONALE: 067E6C

COD. NSIS: 003900

P.IVA: 00481770790 COD. FISC. 91000570795

E-MAIL: info@laboratoriolab.it

PEC : laboratoriolab@pec.it

TEL.: 0962 20355 - FAX: 0962 23508

DEPOSITA presso l'Ufficio della Direzione dell'ASP di Crotona, la seguente documentazione da allegare al contratto relativo all'anno 2016 per l'erogazione delle prestazioni sanitarie:

- 1 - CERTIFICATO DI VIGENZA PRESSO LA CCIAA DI CROTONE;
- 2 - CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA ACCREDITATA;
- 3 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DI OTTEMPERANZA AI PUNTI DI CUI ALL'ART. 2 DELLO SCHEMA DI CONTRATTO;
- 4 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E DEI FAMILIARI CONVIVENTI;
- 5 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA DEL DIRETTORE TECNICO E DEI FAMILIARI CONVIVENTI;
- 6 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA DEL SOCIO E DEI FAMILIARI CONVIVENTI;
- 7 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI ART. 4 COMMA 7 L. 412/1991 DEL SOCIO;
- 8 - ELENCO DEL PERSONALE IN FORZA ALLA DATA ODIERNA E RELATIVE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE PER INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI ART. 4 COMMA 7 L. 412/1991;
- 9 - ELENCO DELLA STRUMENTAZIONE AGGIORNATA;
- 10 - DURC.

 **L.A.B. S.r.l.**
LABORATORIO ANALISI CLINICHE
Amministratore Unico
Dr. Leonardo Calvo

Crotone il 19/05/2016

Prot.:CEW/885/2015/CKR0006

23/11/2015

CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA DI CROTONE
- UFFICIO REGISTRO DELLE IMPRESE -

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE ORDINARIA

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA

Codice fiscale e numero d'iscrizione: 91000570795
del Registro delle Imprese di CROTONE
data di iscrizione: 20/02/1996

Iscritta nella sezione ORDINARIA il 20/02/1996

Iscritta con numero Repertorio Economico Amministrativo KR-95499 il 02/02/1981

Denominazione: "L.A.B. LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE S.R.L." IN FORMA
ABBREVIATA "L.A.B. S.R.L."

Forma giuridica: SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA

Sede:
CROTONE (KR) VIA MARIO NICOLETTA, 31 CAP 88074

indirizzo pubblico di posta elettronica certificata: LABORATORIOLAB@PEC.IT

Costituita con atto del 20/11/1980

Durata della società:
data termine: 31/12/2050

Oggetto Sociale:
LA PREDISPOSIZIONE E LA GESTIONE IN ITALIA, ALL'ESTERO, IN PROPRIO E PER CONTO
TERZI DI MEZZI ED ATTREZZATURE COORDINATI IN APPOSITI CENTRI
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI DI LABORATORI, INTESI ALL'ESERCIZIO, CON PERSONALE
SPECIALIZZATO E CON DIRETTORE SANITARIO ABILITATO, DELLA DIAGNOSTICA, DELLA
TERAPIA E DELLA RADIOLOGIA, NONCHE' L'ACQUISIZIONE DI IMMOBILI INERENTI ALLA
GESTIONE DI DETTI LABORATORI ED IL COMMERCIO DI IMPIANTI, MATERIALI,
ATTREZZATURE COMUNQUE CONNESSI ALL'OGGETTO SOCIALE.LA SOCIETA' POTRA' INOLTRE
COMPIERE TUTTE LE OPERAZIONI COMMERCIALI, MOBILIARI, IMMOBILIARI E FINANZIARIE
RITENUTE UTILI E NECESSARIE PER IL CONSEGUIMENTO DELLO SCOP SOCIALE.

SISTEMA DI AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO

- AMMINISTRATORE UNICO
numero componenti in carica: 1
durata in carica FINO ALLA REVOCA

INFORMAZIONI SULLO STATUTO

Poteri da Statuto:
L'AMMINISTRATORE UNICO O IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE SONO INVESTITI DEI PIU'
AMPI POTERI PER LA GESTIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DELLA SOCIETA'.
LA FIRMA E LA RAPPRESENTANZA LEGALE DELLA SOCIETA' DI FRONTE AI TERZI ED IN
GIUDIZIO SPETTANO ALL'AMMINISTRATORE UNICO O AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI
AMMINISTRAZIONE.

INFORMAZIONI PATRIMONIALI E FINANZIARIE





Prot.:CEW/885/2015/CKR0006

23/11/2015

Capitale Sociale in EURO:
deliberato 51.480,00
sottoscritto 51.480,00
versato 51.480,00

OPERAZIONI STRAORDINARIE

Trasformata da SOCIETA' IN ACCOMANDITA SEMPLICE
in SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA il 25/09/1982

ATTIVITA'

Data d'inizio dell'attivita' dell'impresa: 01/01/1981

TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE

* CALVO LEONARDO
nato a CROTONE (KR) il 07/12/1946
codice fiscale: CLVLRD46T07D122A
- AMMINISTRATORE UNICO nominato con atto del 31/10/2002
durata in carica FINO ALLA REVOCA

Le notizie e i dati relativi ad atti depositati prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 7/12/1995, n. 581, possono risultare in estratto o in forma sintetica.

Il presente certificato riporta le notizie/dati iscritti nel Registro alla data odierna.

Il presente certificato non puo' essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.

IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA IN MODO VIRTUALE. AUTORIZZAZIONE MINISTERO DELLE FINANZE - UFFICIO DELLE ENTRATE DI CROTONE PROT. 7793 DEL 10.05.01.

RISCOSSI PER NR BOLLI	1	EURO	16,00
PER DIRITTI		EURO	5,00
TOTALE		EURO	21,00
TOTALE CON GLI IMPORTI ESPRESSI IN LIRE: 40661			

SI DICHIARA INOLTRE CHE NON RISULTA ISCRITTA NEL REGISTRO DELLE IMPRESE, PER LA POSIZIONE ANAGRAFICA IN OGGETTO, ALCUNA PROCEDURA CONCURSALE IN CORSO, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA.

IL CONSERVATORE

ROSA CARVELLI

*** fine certificato ***

IL DELEGATO ALLA FIRMA
T.M. Leone Cris-





Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 4233/2016/R

Al nome di:

Cognome **CALVO**
Nome **LEONARDO**
Data di nascita **07/12/1946**
Luogo di Nascita **CROTONE (KR) - 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, 18/04/2016 09:47



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

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.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
(D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto CALVO LEONARDO Cod. Fiscale CLV LRD 47T07 D122A, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Napoli, 39, in qualità di Legale Rappresentante nonché Amministratore Unico e Socio Maggioritario della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,

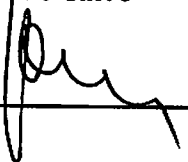
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

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.

Il Dichiarante
Dott. Leonardo Calvo



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA

Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi

(D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto CALVO LEONARDO Cod. Fiscale CLV LRD 47T07 D122A, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Napoli, 39, in qualità di Legale Rappresentante nonché Amministratore Unico e Socio Maggioritario della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,

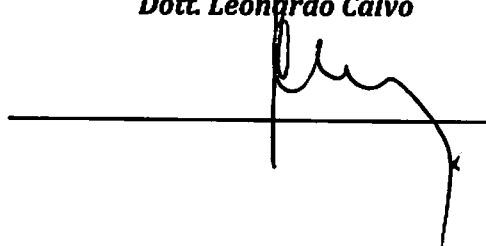
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di non avere familiari conviventi.

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.

Il Dichiarante
Dott. Leonardo Calvo



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto CALVO LEONARDO Cod. Fiscale CLV LRD 47T07 D122A, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Napoli, 39, – Legale Rappresentante della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* di essere ottemperante 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. 1331

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.

Il Dichiarante
Dott. Leonardo Calvo



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto CALVO LEONARDO Cod. Fiscale CLV LRD 47T07 D122A, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Napoli, 39, – Legale Rappresentante della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che adotta il modello organizzativo di cui al D.Lgs. n.231/2001 in materia di prevenzione dei reati;

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.

Il Dichiarante
Dott. Leonardo Calvo



A horizontal line is drawn across the page, with the handwritten signature of Dott. Leonardo Calvo written over it.

Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto CALVO LEONARDO Cod. Fiscale CLV LRD 46T07 D122A, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Napoli n° 39, *in qualità Legale Rappresentante nonché Amministratore Unico e socio maggioritario* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,


consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante
Dott. Leonardo Calvo



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

Cognome **CALVO**
 Nome **LEONARDO**
 nato il **07-12-1946**
 (atto n. 898..... P. 1..... S..... A.....)
 a **CROTONE (KR)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE (KR)**
 Via **NAPOLI N.39 B.A**
 Stato civile **///////**
 Professione **IMPRENDITORE**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.67**
 Capelli **BRIZZOLATI**
 Occhi **CERULEI**
 Segni particolari **////////////////////**



Firma del titolare *Lele*
CROTONE li **21-07-2011**
 Impronta del dito indice sinistro
 SINDACO
 ORDINE DEL SINDACO
Vincenzo Benedetto

Scadenza **21-07-2021**



Totale diritti Euro **5,42**

AS 2850661

IPZS 114 - OFFICINA C.V. ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CROTONE

CARTA D'IDENTITA'
 N° AS **2850661**
 DI
**CALVO
 LEONARDO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
(D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

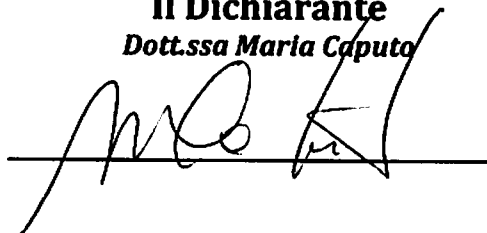
La sottoscritta CAPUTO MARIA Cod. Fiscale CPT MRA 58S53 I308D, nata a Altilia di Santa Severina (KR) e residente in via U. Foscolo a Crotone, in qualità di Direttore Tecnico della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA n°. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, 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 le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159.

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.

Il Dichiarante
Dott.ssa Maria Caputo



Crotone il 19/05/2016

Cognome... **CAPUTO**
 Nome... **MARIA**
 nato il... **13-11-1958**
 (atto n. **14** P. **1** S. **A**)
 a... **SANTA SEVERINA (KR)**
 Cittadinanza... **ITALIANA**
 Residenza... **CROTONE (KR)**
 Via... **UGO FOSCOLO N.18/B**
 Stato civile... **///////**
 Professione... **BILOGA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura... **1.58**
 Capelli... **CASTANI**
 Occhi... **MARRONI**
 Segni particolari... **////////////////**



Firma del titolare... *Maria Caputo*

CROTONE li **29-12-2008**

Impronta del dito indice sinistro

D'ORDINE DEL SINDACO
(*Giuseppe Panzani*)



Scadenza **28-12-2018**
 Totale diritti Euro **5,42**
AR 0280639
 IPZS. 194 - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI CROTONE
CARTA D'IDENTITA'
N° AR 0280639
DI CAPUTO MARIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
(D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

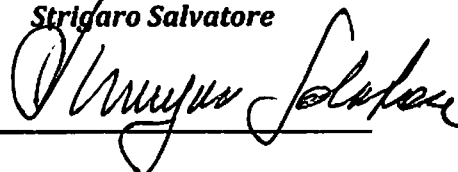
Il sottoscritto STRIGARO SALVATORE Cod. Fiscale STR SVT 49A14 D122V, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via N. Calipari, 6, *in qualità di socio* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs 06/09/2011, n. 159.

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.

Il Dichiarante
Strigaro Salvatore



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

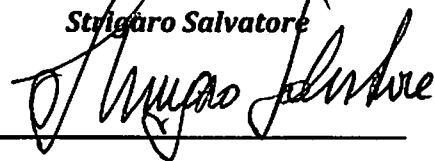
Il sottoscritto STRIGARO SALVATORE Cod. Fiscale STR SVT 49A14 D122V, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via N. Calipari, 6, *in qualità di socio* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante
Strigaro Salvatore



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ANTIMAFIA
Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi
(D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto STRIGARO SALVATORE Cod. Fiscale STR SVT 49A14 D122V, nato a CROTONE (KR) ed ivi residente in via N. Calipari, 6, *in qualità di socio* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

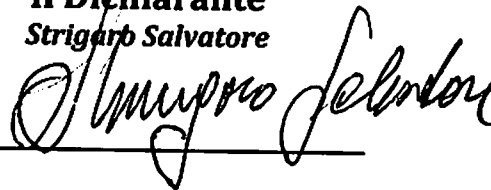
DICHIARA

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

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RESIDENZA
LETO CONCETTA	CROTONE- 09/07/1949	LTECCT49L49D122L	CROTONE Via Callipari
STRIGARO CARMINE	CROTONE -21/05/1979	STRCMN79E21D122P	CROTONE Via Callipari
STRIGARO MANUELA	CROTONE - 13/07/1985	STRMNL85L53D122C	CROTONE Via Callipari

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.

Il Dichiarante
Strigaro Salvatore



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

STRIGARO
 Cognome.....
SALVATORE
 Nome.....
14-01-1949
 nato il.....
 (atto n. **71** P. **1** S. **A**)
CROTONE (KR)
 a.....
ITALIANA
 Cittadinanza.....
CROTONE
 Residenza.....
NICOLA CALIPARI N.6
 Via.....
CONIUGATO
 Stato civile.....
PERITO CHIMICO
 Professione.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
1,68
 Statura.....
BRIZZOLATI
 Capelli.....
CASTANI
 Occhi.....
 Segni particolari.....



Firma del titolare *Salvatore Strigaro*
CROTONE il **05-10-2006**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
 P. IL SINDACO
CINCENZO SENATORE

Scadenza **05-10-2011**

Totale diritti Euro **5,42**



AN 3417741

Validità prorogata ai sensi dell'Art. 31 del D.L. 25/06/2008 n. 112 fino al **07/10/2016**

IP 26 s.p.a. OFFICINA C.V. ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI CROTONE

CARTA D'IDENTITA'
 N° AN 3417741

DI
**STRIGARO
 SALVATORE**




L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL
 Via M. Nicoletta n. 31 - 88900 CROTONE
 Tel 0962. 20355 / 901772 - Fax 0962. 23508
 e-mail: info@laboratoriolab.it
 sito web: www.laboratoriolab.it
 P.IVA: 00481770790
 Cod. Reg.: 067E6C



ISO 9001 : 2008
 CERT. N. : SI - Q - 1783

L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL - CROTONE - COD. REG. 067E6C
ELENCO DEL PERSONALE IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 19/05/2016

Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Luogo di residenza	Codice Fiscale	Titolo di studio	Mansioni	Iscriz.Albo Profes.	ore lavorative	Presenza	C.C.N.L. Applicato
MARIA	CAPUTO	ALTILIA DI S.SEVERINA	13/11/58	CROTONE	CPTMRA58SS3I308D	LAUREA IN BIOLOGIA	DIR. TECNICO RESP. CHIM.CLIN.E TOSSIC.	Biologi Naz.le N. 034970	40 settim.	Quotid.	STUDI PROF. FEDERANISAP
MANUELA	STRIGARO	CROTONE	13/07/85	CROTONE	STRMNL85L53D122C	LAUREA IN BIOLOGIA E APPLIC. BIOMEDICHE	RESP. EMATOL. E MICROBIOL.	Biologi Naz.le N. AA 071710	lavoratore autonomo	"	COLLABORAZ. LIBERO PROFESS.
ORLANDO	AMODEO	VERZINO	27/05/57	CROTONE	MDARND57E27L802P	LAUREA IN MEDICINA	COLLABORATORE MEDICO OCCASIONALE	Medici Prov. KR N. 413	lavoratore occasionale	"	COLLABORAZ. LIBERO PROFESS.
DOMENICO	LETO	CROTONE	05/09/50	CROTONE	LTEDNC50P05D122S	PERITO CHIM.	TECNICO DI LABORAT.		40 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
VINCENZO	STRIGARO	CROTONE	10/09/67	CROTONE	STRVNC67P10D122L	PERITO CHIM.	TECNICO DI LABORAT.		40 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
DOMENICO	AUDIA	S.SEVERINA	29/10/59	CROTONE	DAUDNC59R29I308F	RAGIONIERE	RAGIONIERE		40 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
VINCENZO	IERACI	CROTONE	30/01/71	CROTONE	RCIVNC71A30D122X	PERITO CHIM.	AMMINISTRATIVO		40 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
CHIARA	BIANCHI	CROTONE	16/10/60	CROTONE	BNCCHR60R56D122D	DIPLOMA MAGISTR.	SEGRETARIA		32 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
GIUSEPPINA	PICARI	CROTONE	11/12/69	CROTONE	PCRGPP69T51D122M	RAGIONIERE	SEGRETARIA		30 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
IVAN	MANNARINO	CROTONE	16/02/84	CROTONE	MNNVNI84B16D122T	RAGIONIERE	AMMINISTRATIVO		40 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
ROSA	FAZIO	SAVELLI	09/03/57	CROTONE	FZAR5057C49I468S	RAGIONIERE	MANSIONI ESECUTIVE ADDETTA PULIZIE		30 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP
RAMONA	LETTIERI	CROTONE	05/11/1987	CROTONE	LTRMN87S45D122U	LAUREA IN SCIENZE INFERM.	INFERM. PROFESS. ADDETTA AI PRELIEVI		40 settim.	"	STUDI PROF. FEDERANISAP

 **L.A.B. S.r.l.**
 LABORATORIO ANALISI CLINICHE
 Amministratore Unico
Dr. Leonardo Galva

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

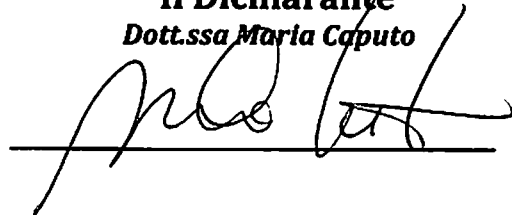
La sottoscritta CAPUTO MARIA Cod. Fiscale CPTMRA58S53I308D, nata a Altilia di S. Severina (KR) il 13/11/1958 e residente a CROTONE via U. Foscolo n. 18/B, *in qualità di lavoratrice dipendente con mansione di Biologa - Direttore Tecnico di Laboratorio -Responsabile dei Settori di Chimica Clinica e Tossicologia* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante
Dott.ssa Maria Caputo



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

Cognome **CAPUTO**
 Nome **MARIA**
 nato il **13-11-1958**
 (atto n. **14** P. **1** S. **A**)
 a **SANTA SEVERINA ((KR))**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE (KR)**
 Via **UGO FOSCOLO N.18/B**
 Stato civile **///////**
 Professione **BILOGA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.58**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **MARRONI**
 Segni particolari **//////////**



Firma del titolare *Maria Caputo*
CROTONE li **29-12-2008**

Impronta del dito indice sinistro
(Domenica Panzani)



Scadenza **29-12-2018**
 Totale diritti Euro **5,42**
AR 0280639
 P.ZS. OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI **CROTONE**
CARTA D'IDENTITA'
N° AR 0280639
 DI **CAPUTO MARIA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

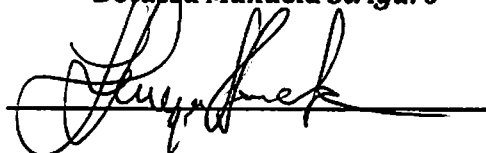
La sottoscritta STRIGARO MANUELA Cod. Fiscale STRMNL85L53D122C, nata a Crotone (KR) il 13/07/1985 ed ivi residente via N. Calipari, *in qualità di lavoratrice autonoma con mansione di Biologa Responsabile dei Settori di Ematologia e Microbiologia-Sieroimmunologia* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31– Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

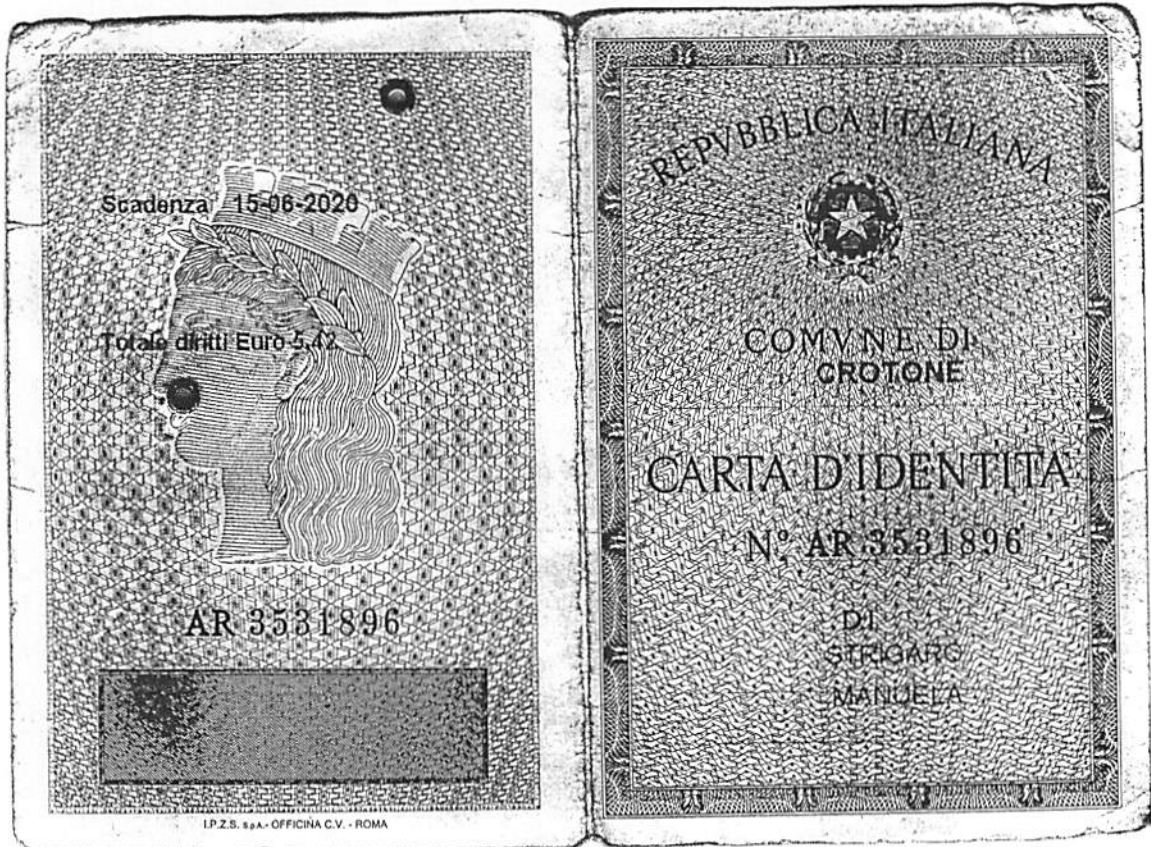
* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.


Il Dichiarante
Dott.ssa Manuela Strigaro



Crotone il 19/05/2016



Cognome.....	STRIGARO
Nome.....	MANUELA
nato il.....	13-07-1985
(atto n. 1149..... P. 1..... S..... A.....)	
a.....	CROTONE (KR)
Cittadinanza.....	ITALIANA
Residenza.....	CROTONE (KR)
Via.....	NICOLA CALIPARI N.6
Stato civile.....	NUBILE
Professione.....	STUDENTESSA
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI	
Statura.....	1,73
Capelli.....	CASTANI
Occhi.....	CASTANI
Segni particolari.....	///////




Firma del titolare..... *Manuela Strigaro*

CROTONE..... il 15-06-2010

Il SINDACO
Bordini SINDACO
Benedetta

Impronta del dito indice sinistro



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto Dott. AMODEO ORLANDO - *Medico Chirurgo Specialista in Igiene e Medicina Preventiva* - Cod. Fiscale MDARND57E27L802P nato a VERZINO (KR) il 27/05/1957 ed ivi residente in P.zza S. Francesco n. 5, *in qualità di lavoratore autonomo con mansione di Collaboratore Medico* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,

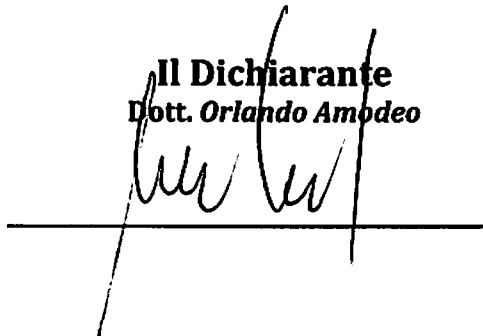
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante
Dott. Orlando Amodeo



Crotone il 19/05/2016



PATENTE DI GUIDA - REPUBBLICA ITALIANA

- 1. AMOEO
- 2. ORLANDO
- 3. 27/05/57 VERZINO (KR)
- 4. 09/03/2015 4c. MIT-UCO
- 4a. 27/05/2020
- 5. U1H809602K



Roberto Amodeo

9 AB

13.	9	10	11	12
AM 2A				
A1 2A				
A2 2A				
A 2A	30/12/78	27/05/20		
B1 2A				
B 2A	30/12/78	27/05/20		
C1 2A				
C 2A				
D1 2A				
D 2A				
BE 2A				
C1F 2A				
CE 2A				
D1E 2A				
DE 2A				

12.71 KR5691963Z I AF 0484145

Direzione Provinciale di Genova - Ufficio Provinciale di Motorizzazione Civile
 Via S. Maria della Spina, 11 - 16121 Genova - Tel. 010/5522111 - Fax 010/5522112
 www.motorizzazionecivileregione.genova.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto LETO DOMENICO Cod. Fiscale LTEDNC50P05D122S, nato a CROTONE (KR) il 05/09/1950 ed ivi residente in via L. Pirandello n. 5 *in qualità di lavoratore dipendente con mansione di Tecnico di Laboratorio Biomedico* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante

Domenico Leto



Crotone il 19/05/2016

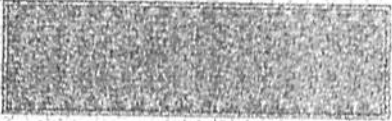
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

Scadenza 05-09-2023

Totale diritti Euro 5,42



AU 2519523



1926 - 02 V - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMPONENTI

CARTA D'IDENTITA'

N° AU 2519523

DI LETO
DOMENICO

Cognome.....LETO

Nome.....DOMENICO

nato il.....05-09-1950

(atto n. 678.....P.....I.....S.....A.....)

a.....CROTONE (CZ) (.....)

Cittadinanza.....ITALIANA

Residenza.....CROTONE (KR)

Via.....LUIGI PIRANDELLO N.5

Stato civile.....

Professione.....TECNICO DI LABORAT.

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura.....1,75

Capelli.....NERI

Occhi.....MARRONI

Segni particolari.....



Firma del titolare.....*Domenico Leto*
CROTONE II 01-09-2013

Impronta del dito
a luce infrarossa

IL SINDACO
FUNZIONARIO DELEGATO
[Signature]

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto STRIGARO VINCENZO Cod. Fiscale STRVCN67P10D122L, nato a CROTONE (KR) il 10/09/1967 ed ivi residente in via A. De Curtis n. 26 *in qualità di lavoratore dipendente con mansione di Tecnico di Laboratorio Biomedico* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

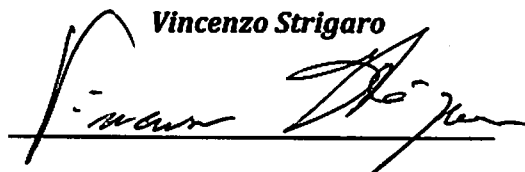
DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante

Vincenzo Strigaro

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vincenzo Strigaro', written over a horizontal line.

Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

Cognome **STRIGARO**
 Nome **VINCENZO**
 nato il **10-09-1967**
 (atto n. **1212** P. **1** S. **A**)
 a **CROTONE (CZ)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE (KR)**
 Via **ANTONIO DE CURTIS N.26**
 Stato civile **CONIUGATO**
 Professione **IMPIEGATO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.80**
 Capelli **BRIZZOLATI**
 Occhi **MARRONI**
 Segni particolari **//////////**



Firma del titolare *Vincenzo Strigaro*
CROTONE il **11-08-2016**

Impronta del dito
 indice sinistro

IL SINDACO

IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Biagio Angotti)
Biagio Angotti



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto AUDIA DOMENICO Cod. Fiscale DAUDNC59R29I308F, nato a S.SEVERINA (KR) il 29/10/1959 e residente a CROTONE in via G. Morelli N. 31, *in qualità di lavoratore dipendente con mansione di Responsabile del Settore Amministrativo* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante
Domenico Audia



Crotone il 19/05/2016

Cognome.....PICARI.....
 Nome.....GIUSEPPINA.....
 nato il.....11-12-1969.....
 (atto n. 1629 P. 1 S. A.....)
 a.....CROTONE (KR).....
 Cittadinanza.....ITALIANA.....
 Residenza.....CROTONE (KR).....
 Via.....SAFFO N.23.....
 Stato civile.....CONIUGATA.....
 Professione.....IMPIEGATA.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura.....1.60.....
 Capelli.....CASTANI.....
 Occhi.....CASTANI.....
 Segni particolari.....////////////////////



Firma del titolare.....*P. Picari*.....
 ..CROTONE.....li.....27-07-2009.....

Impronta del dito indice sinistro

ORDINE SINDACATO
(C. Picari)




DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto MANNARINO IVAN cod. fiscale MNVVNI84B16D122T, nato a CROTONE (KR) il 16/02/1984 ed ivi residente in via Islanda n. 2/Bis *in qualità di lavoratore dipendente con mansione di Operatore Amministrativo* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,

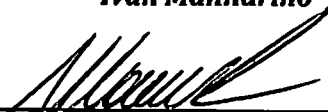
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.



Il Dichiarante
Ivan Mannarino



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

Cognome	MANNARINO
Nome	IVAN
nato il	16-02-1984
(atto n. 316 P. 1. S. A.)	
a.	CROTONE (KR)
Cittadinanza	ITALIANA
Residenza	CROTONE (KR)
Via	NAPOLI N. 39 S. A.
Stato civile	CONIUGATO
Professione	RAGIONIERE
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI	
Statura	1.80
Capelli	CASTANI
Occhi	CERULEI
Segni particolari	

	
Firma del titolare	<i>Mannarino I.</i>
CROTONE	il 01-06-2010
Impronta del dito indice sinistro	 IL SINDACO <i>Vincenzo Benedetto</i>

Scadenza 01-06-2020 Totale diritti Euro 10.59 AR 3531730 	REPUBBLICA ITALIANA  COMUNE DI CROTONE CARTA D'IDENTITA' N° AR 3531730 DI MANNARINO IVAN
--	--

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

La sottoscritta FAZIO ROSA Cod. Fiscale FZARSO57C49I468S, nata a Savelli (KR) il 09/03/1957 e residente a Crotone in via G. Morelli n. 31, *in qualità di lavoratrice dipendente - operatrice con mansioni esecutive addetta alle pulizie* - della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

Il Dichiarante

Rosa Fazio



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.

PATENTE DI GUIDA **REPUBBLICA ITALIANA**

1. FAZIO
 2. ROSA
 3. 09/03/57 SAVELLI (KR)

4a. 21/02/2006 4b. MCTC:KR
 4b. 14/02/2016 5. KR5066197B

6. **Rosa**

7. A B

8. CROTONE (KR)
 31 G. MORELLI

	9.	10.	11.	12.
A1				
A		07/12/85	14/02/16	
B		07/12/85	14/02/16	
C				
D				
BE				
CE				
DE				
71	CZ5009971P-I			
<small> CROTONA - CROTONA (KR) - 31 G. MORELLI PATENTE DI GUIDA - 09/03/57 - 09/03/57 - 09/03/57 MCTC: KR - 21/02/2006 - 14/02/2016 KR5066197B - 09/03/57 - 09/03/57 - 09/03/57 </small>			<small> PATENTE DE CONDUIRE - 09/03/57 - 09/03/57 - 09/03/57 MCTC: KR - 21/02/2006 - 14/02/2016 KR5066197B - 09/03/57 - 09/03/57 - 09/03/57 </small>	

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

La sottoscritta LETTIERI RAMONA Cod. Fiscale LTTRMN87S45D122U, nata a CROTONE (KR) ed ivi residente in via Degli Abeti n. 7/bis, *in qualità di lavoratrice dipendente con mansione di Infermiera Professionale addetta alla Sala Prelievi* della struttura privata accreditata "L.A.B. LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL" con sede in CROTONE in Via M. NICOLETTA N. 31- Aut. Reg. 067E6C, P.IVA 00481770790,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

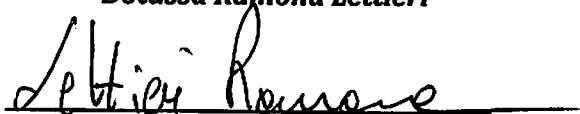
DICHIARA

* che nell'ambito delle proprie funzioni non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991.

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.

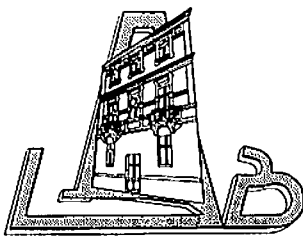
Il Dichiarante

Dott.ssa Ramona Lettieri



Crotone il 19/05/2016

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 /2000, allega fotocopia del proprio documento d'identità.



**ELENCO DELLE ATTREZZATURE IN DOTAZIONE C/O IL NOSTRO LABORATORIO
COLLEGATE ALL'ATTIVITA' SPECIFICA DI LABORATORIO AL 19/05/2016**

UBICATI NELLA SEZIONE BIOCHIMICA CLINICA:

PU 2013 BC 0037

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO CHIMICA CLINICA BS 800 MI MINDRAY FORNITO DALLA MEDICAL SYSTEMS SPA S/N XP25000153 COMPLETO DI DEIONIZZATORE;

PU 2014 BC 0035

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO IMMUNOCHEMICA DPC IMMULITE 2000 XPI FORNITO DALLA MEDICAL SYSTEMS SPA S/N C 0461;

LAB 1986 BC 0012

- 1) FRIGORIFERO "MEDIKA 1500" A DUE ANTE IN VETRO CON LETTURA DELLA TEMPERATURA DIGITALE 3971 B;

PU 2004 BC 0023

- 1) LETTORE PER VES "VES -MATIC 60" DELLA DITTA DIESSE SERIE N. 98490342;

PU 2006 BC 0025

- 1) FOTOMETRO MINITECNO DELLA "ISE GROUP SRL" S/N 200MTI00;

PU 2011 BC 0029

- 1) IMMUNOFLUORIMETRO DELLA BODITECH MOD. NICO CARD READER II FORNITO DALLA DITTA BIOGROUP MEDICAL SYSTEM S/N 51729;

PU 2011 BC 0030

- 1) LETTORE SCANNER PER CARD RFID NEMESYS S/N 294 FORNITO DALLA DITTA BIOGROUP MEDICAL SYSTEM CON PC PORTATILE E PROGRAMMA NEMESYS FOB;

LAB 2012 BC 0036

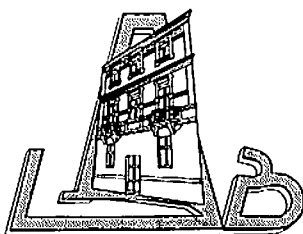
- 1) CENTRIFUGA DIGITALE "EPPENDORF" FORNITA DALLA BIOGROUP MEDICAL SYSTEM A 24 POSTI ROTORE BASCULANTE E 2 ADATTATORI MOD. 5702 S/N 5702D0236329 ;

LAB 2002 GB 0001 (P. III)

- 1) FRIGORIFERO IGNIS;

LAB 1989 GB 0002 (P. III)

- 1) CAPPA CHIMICA CON ASPIRATORE A FLUSSO LAMINARE VERTICALE DA PAVIMENTO MATR. Z 6995 DELLA DWYER;



UBICATI NELLA EX SEZIONE RIA:

LAB 1991 RI 0011

- 1) FRIGORIFERO INOX 2 PORTE TNV MBM N. 890720018;

LAB 2004 RI 0014

- 1) LETTORE UNIVERSALE PER ELISA DELLA BIO-TEK INSTRUMENTS INC MOD. ELX 800 SERIE N. 1900283;

LAB 2005 RI 0016

- 1) MICROSCOPIO "OPTICA" A 4 OBIETTIVI CON ATTACCO X COLLEGAMENTO A TELECAMERA COLORE JVC E OBIETTIVO PLANACROMATICO - SERIE N. 717830;

LAB 2003 RI 0013

- 1) TELECAMERA COLORE JVC COD. TK-C1481BE E MONITOR COLORE 21' JVC COD. TM210G ACCESSORIO AL MICROSCOPIO A CONTRASTO DI FASE ;

LAB 2004 RI 0015

- 1) TERMOMETRO TESTO 720 + SONDA MATR. 00958081 PER TARATURA FRIGORIFERI E INCUBATORI.

LAB 2005 RI 0016

- 1) MICROSCOPIO "OPTICA" A 4 OBIETTIVI CON ATTACCO X COLLEGAMENTO A TELECAMERA COLORE JVC E OBIETTIVO PLANACROMATICO - SERIE N. 717830;

LAB 2007 RI 0017

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO X IMMUNOENZIMATICA "DIESSE DIAG. SENESE SPA" MOD. CHORUS PN 81000 - S/N 0171;

PU 2014 RI 0019

- 1) ANALIZZATORE IN CHEMIOLUMINESCENZA "IMMULITE ANALIZER 1000" MATR. D 0897 - MEDICAL SYSTEM CON PERSONAL COMPUTER, MONITOR E STAMPANTE, COMPLETO DI GRUPPO DI CONTINUITA' S/N D0897

LAB 2010 RI 0023

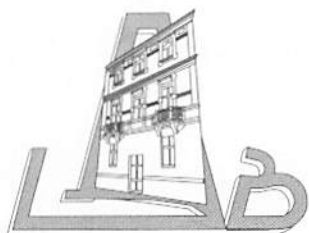
- 1) SPETTROFOTOMETRO AD INFRAROSSO "HELI FAN PLUS" DELLA DITTA MEDIMAR S/N 3058;

PU 2010 RI 0024

- 1) MICROSCOPIO A FLUORESCENZA A 4 OBIETTIVI DELLA "LEITS" MOD. "LABORLUX11" MATR. N. 512663 ;

LAB 2010 RI 0025

- 1) APPARECCHIO SEMIATOMATICO "GASTROLYZER" DELLA MEDIMAR PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO MATR. N. 1558;



LAB 2012 RI 0026

- 1) CENTRIFUGA DIGITALE "EPPENDORF" FORNITA DALLA BIOGROUP MEDICAL SYSTEM A 24 POSTI ROTORE BASCULANTE E 2 ADATTATORI MOD. 5702 S/N 5702B1230357;

PU 2013 RI 0027

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO IN CHEMIOLUMINESCENZA "MAGLUMI 1000" DELLA SNIBE DIAGNOSTICS -FORNITO DALLA MEDICAL SYSTEMS SPA S/N 2001-00321 COMPLETO DI ACCESSORI;

PU 2014 RI 0030

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO IMMUNOCHEMICA IMMULITE 1000 "ONE" FORNITO DALLA MEDICAL SYSTEMS SPA S/N D 0897;

LAB 2015 RI 0035

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO PER SPERMIOCILOGRAMMA DELLA "MEDICAL ELECTRONIC SYSTEMS" MOD. SQA-V GOLD SERIE N. 1898;

LAB 2005 RI 0037

- 1) FRIGO COMBINATO LG BIANCO DA 450LT SERIE 410KRMK00067;

LAB 2006 BM 0012 (da Biologia Molecolare)

- 1) BAGNOMARIA A 32 P. TIPO 750 S/N 432 Modello Dubnof;

UBICATI NELLA SEZIONE EMATOLOGIA:

LAB 1987 EM 0013

- 1) MICROSCOPIO A CONTRASTO DI FASE IN CAMPO OSCURO E A FLUORESCENZA, "NIKON" MOD. FLUOFOT CON CONDENSATORE A TORRETTA CANNOCHIALE DI CENTRAMENTO E SERIE DI OBIETTIVI DL PIANO ACROMATRICI MATR. 151312 (NON IN USO);

PU 2009 EM 0015

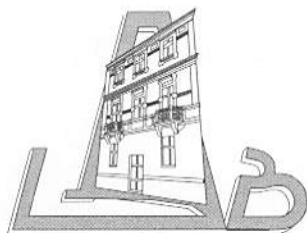
- 1) CONTAGLOBULI AUTOMATICO SYSMEX MOD. XT-2000I FORNITO DALLA DITTA DASIT COMPLETO DI PC - MONITOR 17" A COLORI E STAMPANTE IJ HP 2300-SERIE N. 14667;

LAB 2012 EM 0018

- 1) LETTORE AUTOMATICO COMPUTERIZZATO "MINICAP" della SEBIA Srl PER ELETTROFORESI CAPILLARE CON DI VIDEO E STAMPANTE SERIE N. 1175.

PU 2013 EM 0019

- 1) COAGULOMETRO AUTOMATICO DELLA DITTA INSTRUMENTATION LABORATORY FORNITA DA BIOGROUP M. SYST.MOD."ACL 10000" SERIE N. 04110371;



PU 2015 EM 0020

- 1) STRUMENTAZIONE HPLC DELLA ARKRAY MOD. "ADAMS A1C HA 8160" FORNITO DA MENARINI S.N. 10107031;

PU 2016 EM 0021

- 1) ANALIZZATORE AUTOMATICO DI CHEMILUMINESCENZA POTENZIATA PER IMMUNOCHEMICA COBAS 6000 HITACHI -FORNITO DALLA ROCHE DIAGNOSTICS SPA S/N AFB536-04 + MODULO E-601 MATR.: AD2697-21 + COBAS LINK 2 MATR.: HSSCL77228 + UPS MATR.: 5D15460058;

UBICATI NELLA SEZIONE MICROBIOLOGIA:

LAB 1996 MI 0004

- 1) TERMOSTATO A SECCO E STUFA "GALLENKAMP";

LAB 1992 MI 0005

- 1) BILANCIA PER MICROPESATE "OHAUS" GT 480 MATR.1148;

LAB 1983 MI 0007

- 1) FRIGORIFERO "KELVINATOR MASTER PRICE";

LAB 2001 MI 0008

- 1) CAPPА CHIMICA A FILTRO DI CARBONE ATTIVO "SADAG" CON IMPIANTO GAS E ACQUA;

LAB 1990 MI 0009

- 1) MICROSCOPIO OLIMPUS CH2 A QUATTRO OBIETTIVI S/N 9M0168;

LAB 1987 MI 0010

- 1) AUTOCLAVE VERTICALE FEDEGARI LT 45 BAR 25 MATR. 6362; (NON IN USO)

PU 2010 MI 0015B

- 1) ANALIZZATORE PER ESAMI DELLE URINE "URISCAN PRO II" DELLA "YD ELETTRONICS" COMPLETO DI LETTORE OTTICO S/N UB 20303169;

PU 2015 MI 0016

- 1) ANALIZZATORE PER ESAMI DELLE URINE DELLA "ARKRAY" FORNITO DA MENARINI SPA MOD. AUTION MAX -AX4280 S.N. 207038;

UBICATO AL PIANO SCANTINATO:

LAB 2014 SC 0002

- 1) GRUPPO DI CONTINUITA' UPS DA 15K VA 3/3 INTERN. BATTERY MOD. MAS4BC315M+92

Crotone il 19/05/2016

Il Legale Rappresentante
Dr. Leonardo Calvo

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_3378142	Data richiesta	11/04/2016	Scadenza validità	09/08/2016
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	LAB SRL
Codice fiscale	91000570795
Sede legale	VIA MARIO NICOLETTA, 31 88900 CROTONE (KR)

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S. I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e delle Casse Edili per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.