

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

L'anno 2015 il giorno VENTUNO del mese di Settembre 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 l'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte"

E

R.M. sas di Scalise Francesco, erogatore di prestazioni di assistenza Odontoiatrica in persona del legale rappresentante p.t, Dr. Francesco Scalise P.I. 0283560790 con sede legale in Crotona, Via Caponnetto n°5 (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte, l'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte"

Premesso che:

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

STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
"R.M. S.A.S. di Scalise Dr. F. Sc. & C."
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
C.F./P.IVA 0283560790

nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento.

VISTI:

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

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

Articolo 1

Identificazione della struttura e dichiarazioni

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento n. 1 del 5 Gennaio 2015, per la struttura R.M. sas di Scalise Francesco sita in Crotone Via B. Caponnetto n°5 cod. struttura cod. SSA055 NSIS 004800 (di seguito denominata "Struttura").
2. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di (*barrare la/e casella/e corrispondente/i*)

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;

ODONTOIATRIA

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:

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

n. p.l. _____ residenziali;
n. trattamenti _____ semiresidenziali;
n. trattamenti _____ ambulatoriale singolo;
n. trattamenti _____ ambulatoriale di gruppo;
n. trattamenti _____ domiciliari;

3. L'Erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le quali è stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate, e delle direttive del Dipartimento Tutela della Salute e dell'ASP. Al tal fine, ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 2), l'Erogatore dichiara:
- 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 2015 è di € _____ comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori Regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).
 - 1.1. Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA, previo preavviso di almeno 24 ore, segnalato dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare di norma il limite massimo del 15% dell'attività di ricovero consentita alla struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Calabria, Direzione del Dipartimento tutela della Salute. Il trasferimento da PS/DEA verso la struttura deve essere effettuato

garantendo la sicurezza del paziente e la sua trasferibilità.

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

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

3. La struttura eroga prestazioni di **specialistica ambulatoriale**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. 85 del 21/07/2015 per l'anno 2015 è di € **134.557,00** 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 dei L.EA;
- > il rispetto delle condizioni di prescrivibilità in rapporto alla diagnosi;
- > le modalità di erogazione delle prestazioni.

4.5 per consentire il necessario monitoraggio dell'andamento della spesa nonché l'appropriatezza delle prestazioni erogate, l'Erogatore si obbliga a trasmettere all'ASP e alla Regione i dati di attività con le modalità e i termini previsti dalle specifiche disposizioni regionali in merito ed ai fini della trasmissione

STUDIO DENTISTICO ACCREDITATO CON S.S.N.
"R.M." s.r.l.s. di Scallise Dr. F. SCO & C.
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0862.29907

Azienda Sanitaria Provinciale Crotonese
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

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 2015 è di € _____, come di seguito calcolato:

5.1.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;

5.2.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;

5.3.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;

5.4.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;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Le prestazioni erogate nell'anno 2015, in regime di *prorogatio* ai sensi dell'art. 9 del contratto stipulato nell'anno 2014, nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto, sono ricomprese nel Tetto massimo annuo, per come determinato al punto precedente, che costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore per l'anno 2015.

STUDIO DENTISTICO
ACREDITATO CON S.S.N.
"R.M." s.a.s. di Scallise Dr. F. Sc. R.C.
Via A. Capomonte, 5 - Tel. 0962.74911

Azienda Sanitaria Provinciale Crotonese
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

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

budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione alle tariffe *ratione temporis* vigenti. Il tetto di spesa per pazienti regionali ed extraregionali è inteso al lordo della compartecipazione alla spesa dei cittadini per le prestazioni di APA e PAC e di specialistica ambulatoriale;

2. Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie.
3. Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e-bis) del D.Lgs. 502/1992, a mente del quale "le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato".
4. Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente articolo 6), e sino all'intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

Articolo 8

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

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

Articolo 9

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto decorre dal 1° gennaio 2015 e avrà durata sino al 31 dicembre 2015.
2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni dei sinallagma che regolerà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, andrà a svolgere la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2016, le condizioni oggi convenute con il presente contratto rimangono provvisoriamente confermate.
3. Il presente contratto è redatto in quattro copie, una per la Struttura e tre per l'ASP, che ne curerà tempestivamente la notifica di due esemplari uno alla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e uno alla Struttura Commissariale.

ACCREDITATO CON S.S.N.
STUDIO DENTISTICO
"R.M." s.a.s. di Scalise Dr. F. SCO & C.
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
88900 CROTONE
C.F./P.IVA 02839560790

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
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'accredito 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.

STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F. Sco & C.
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
88900 CROTONE
C.F./P.IVA 02810760700

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 rm.sas@pec.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC direzionegenerale@pec.asp.crotone.it

CROTONE, 21 / 9 / 2015

L'Azienda Sanitaria Locale _____

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

L'Erogatore _____

STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
"R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
88900 CROTONE
C.F./P.IVA 02839560790

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 _____

STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
"R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
88900 CROTONE
C.F./P.IVA 02839560790

SCALISE Odontoiatria

Codice Struttura	Codice Prestazione	Descrizione Prestazioni	Volumi prestazioni Anno 2015	Budget 2015
004800	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	550	5.340,50
004800	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	12	464,76
004800	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	350	10.573,50
004800	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	12	976,08
004800	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	40	516,40
004800	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	12	529,92
004800	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	80	4.243,20
004800	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	80	2.231,20
004800	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	10	58,40
004800	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	48	557,76
004800	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	20	325,40
004800	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	12	195,24
004800	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]	30	1.743,00
004800	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	20	1.394,40
004800	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	35	569,45
004800	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	12	1.549,32
004800	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	10	209,20
004800	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	200	4.648,00
004800	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	357	6.636,63
004800	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	1.450	50.547,00
004800	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	8	51,68
004800	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	130	4.531,80
004800	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	391	20.898,95
004800	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI	12	1.394,40
004800	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI	12	1.394,40
004800	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUN	5	581,00
004800	89.7	VISITA GENERALE	600	12.396,00
Totale Budget al Lordo			4.498	134.557,00
Ticket stimato				-
Budget Netto				134.557,00
Budget Netto meno 1% (DCA n. 85/2015)				133.211,43

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA

STUDIO DENTISTICO
 ACCREDITATO CON S.S.N.
 M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."
 Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
 88900 CROTONE
 P. IVA 02839560780



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 8820/2015/R

Al nome di:

Cognome **SCALISE**
 Nome **FRANCESCO**
 Data di nascita **17/07/1944**
 Luogo di Nascita **MARCEDUSA (CZ) - 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

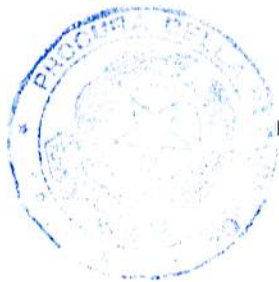
ESTRATTO DA: CASELLARIO GIUDIZIALE - PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI CROTONE

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

diritto di certificato

diritto di urgenza

CROTONE, 27/07/2015 10:36



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
COMITO Patrizia

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.





Camera di Commercio
Crotone

Prot.:CEW/582/2015/CKR0006

27/7/2015

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: 02839560790
del Registro delle Imprese di CROTONE
data di iscrizione: 27/02/2007

Iscritta nella sezione ORDINARIA

il 27/02/2007

Iscritta con numero Repertorio Economico Amministrativo KR-168021

Denominazione: R.M. S.A.S. DI SCALISE FRANCESCO E C.

Forma giuridica: SOCIETA' IN ACCOMANDITA SEMPLICE

Sede:
CROTONE (KR) VIA ANTONINO CAPONNETTO, 5 CAP 88900

indirizzo pubblico di posta elettronica certificata: R.M.SAS@PEC.IT

Costituita con atto del 23/02/2007

Durata della società:
data termine: 31/12/2050
con proroga tacita ogni 5 anni



OGGETTO SOCIALE:

LA SOCIETA' HA PER OGGETTO LA GESTIONE E L'ORGANIZZAZIONE, SIA IN ITALIA CHE ALL'ESTERO, STRUTTURE IDONEE A GARANTIRE PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI, MEDICO SPECIALISTICHE E SERVIZI DI ASSISTENZA ANCHE DOMICILIARI;
LA REALIZZAZIONE, ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DI AMBULATORI E CENTRI POLISPECIALISTICI IN OGNI SETTORE DELLA MEDICINA E DELLA CHIRURGIA; GESTIONE DI CASE DI CURA; DAY-HOSPITAL E DAY SURGERY; STRUTTURE DI ASSISTENZA PER ANZIANI; CASE DI RIPOSO LUNGO DEGENZA E RIABILITAZIONE; PER LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEI MINORI, RICETTIVE TURISTICO SANITARIE, AGRITURISTICHE SANITARIE E PER LA RIABILITAZIONE; LABORATORI DI RICERCA ED ANALISI FISICHE MICROBIOLOGICHE E MERCEOLOGICHE (PRODOTTI ALIMENTARI, TERRENI, PIANTE, ACQUE, ACQUE REFLUE, ARIA, CARTA CELLULOSA, IGIENE AMBIENTALE ED INDUSTRIALE, MATERIE PLASTICHE, MATERIALE RADIOATTIVO E RADIOISOTOPI, METALLI E LEGHE FERROSE E NON, MINERALI OLII E GRASSI, PRODOTTI PER COSMESI, PRODOTTI CHIMICI, NATURALI, SINTETICI, SEMISINTETICI, INTERMEDI, RIFIUTI, SOSTANZE TOSSICHE, TENSIOATTIVE, VERNICI, VINI, ALCOOL, LIQUORI, OLII, FARMACI); CONSULENZE AD ENTI E SOCIETA', RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI, PRODUZIONE VENDITA E DIFFUSIONE DI PROGRAMMI INFORMATICI, GESTIONE DI PORTALI INFORMATICI E SISTEMI SANITARI CON TECNOLOGIE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA; PRODUZIONE E DIFFUSIONE A MEZZO STAMPA O ATTRAVERSO RADIO E TV DI PROGRAMMI PER LA SALUTE DEI CITTADINI; ACQUISTO, VENDITA E FORNITURA SIA ALL'INGROSSO CHE AL DETTAGLIO DI ARTICOLI SANITARI, PARAMEDICI E DI ATTREZZATURE PARASANITARIE; ORGANIZZAZIONE DI CONVEGNI, CONGRESSI; GESTIRE CORSI DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE ATTINGENDO ANCHE ALL'UTILIZZO DI AGEVOLAZIONI E DI FONDI COMUNITARI E/O NAZIONALI, REGIONALI E COMUNALI.
IL TUTTO POTRA' ESSERE SVOLTO ANCHE IN CONVENZIONE DIRETTA ED INDIRECTA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME DI LEGGE NAZIONALI E/O REGIONALI IN MATERIA SANITARIA.
LA SOCIETA' POTRA' ALTRESI' COMPIERE TUTTE LE OPERAZIONI CHE RISULTANO



Camera di Commercio
Crotone

Prot.:CEW/582/2015/CKR0006

27/7/2015

NECESSARIE O UTILI AL PERSEGUIMENTO DEGLI SCOPI SOCIALI.
A TITOLO ESEMPLIFICATIVO: PUO' PARTECIPARE A GARE PUBBLICHE E PRIVATE, PORRE IN
ESSERE OPERAZIONI FINANZIARIE, COMMERCIALI, INDUSTRIALI, MOBILIARI ED
IMMOBILIARI COMPRESI L'ASSUNZIONE DI PARTECIPAZIONI E INTERESSENZE IN ALTRE
SOCIETA' O IMPRESE ITALIANE E STRANIERE, AVENTI OGGETTO ANALOGO, AFFINE O
COMPLEMENTARE AL PROPRIO O A QUELLO DELLE SOCIETA' PARTECIPATE OVVERO LA
PARTECIPAZIONE A CONSORZI E/O ASSOCIAZIONI TEMPORANEE DI IMPRESE, INVOCARE LEGGI
AGEVOLATIVE, CONCORRERE AD APPALTI PUBBLICI E PRIVATI.
TUTTO QUANTO COMPRESO NELL'OGGETTO SOCIALE PUO' ANCHE AFFIDARSI IN GESTIONE
DALLA SOCIETA' A TERZI.
ESSA PUO', INFINE, A SEGUITO DI DELIBERA DELLA PROPRIA ASSEMBLEA, CONTRARRE
MUTUI, RICORRERE COMUNQUE AL CREDITO CONCEDENDO GARANZIE ANCHE REALI; PRESTARE
AVALLI E FIDEIUSSIONI SIA PER I DEBITI PROPRI CHE DI TERZI.

INFORMAZIONI SULLO STATUTO

POTERI DI AMMINISTRAZIONE E RAPPRESENTANZA DEI SOCI
LA GESTIONE E L'AMMINISTRAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DELLA SOCIETA' SPETTA
AL SOCIO ACCOMANDATARIO SCALISE FRANCESCO IL QUALE E' INVESTITO ALTRESI' DELLA
FIRMA SOCIALE E DELLA RAPPRESENTANZA LEGALE DI FRONTE AI TERZI ED IN GIUDIZIO;
ED IN PARTICOLARE GLI SONO CONFERITE TUTTE LE FACOLTA' PER L'ATTUAZIONE DEGLI
SCOPI SOCIALI, SENZA ALCUNA LIMITAZIONE.
IL SOCIO ACCOMANDATARIO ACCETTA L'INCARICO E DICHIARA CHE A PROPRIO CARICO NON
SUSSISTONO CONDIZIONI DI INCOMPATIBILITA' OD INELEGGIBILITA' A NORMA DI LEGGE.
IL SOCIO ACCOMANDATARIO HA QUINDI LA FACOLTA' DI TRANSIGERE, COMPROMETTERE,
ACQUISTARE, VENDERE, PERMUTARE E CONFERIRE BENI MOBILI ED IMMOBILI; RINUNZIARE
AD IPOTECHE LEGALI; AUTORIZZARE E COMPIERE OPERAZIONI PRESSO GLI UFFICI DEL
DEBITO PUBBLICO E PRESSO OGNI ENTE PUBBLICO O PRIVATO, ED IN PARTICOLARE PRESSO
GLI ISTITUTI DI CREDITO, CON FACOLTA' DI APRIRE CONTI CORRENTI BANCARI E/O
POSTALI ED OPERARE CON GLI STESSI ANCHE ALLO SCOPERTO, NEI LIMITI DEI FIDI
CONCESSI; STIPULARE QUALSIASI CONTRATTO BANCARIO PRESTANDO LE NECESSARIE
GARANZIE ANCHE REALI.
IL SOCIO ACCOMANDATARIO POTRA' ALTRESI' NOMINARE PROCURATORI, DIRETTORI, AGENTI
E RAPPRESENTANTI DETERMINANDONE I POTERI E GLI EMOLUMENTI.
IL SOCIO SCALISE FRANCESCO VIENE NOMINATO ALTRESI' DIRETTORE SANITARIO.

INFORMAZIONI PATRIMONIALI E FINANZIARIE

Valore nominale dei conferimenti in EURO 10.000,00

ATTIVITA'

Data d'inizio dell'attivita' dell'impresa: 01/11/2007

Attivita' esercitata nella sede legale:
SERVIZI DEGLI STUDI ODONTOIATRICI

TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE

* SCALISE FRANCESCO (rappresentante dell'impresa)
nato a MARCEDUSA (CZ) il 17/07/1944
codice fiscale: SCLFNC44L17E923K
quota: 7.500,00 valuta: EURO
- SOCIO ACCOMANDATARIO nominato con atto del 23/02/2007
Proprietà della quota:
IN PIENA PROPRIETA': 7500.00



Prot.:CEW/582/2015/CKR0006

27/7/2015

* SCALISE ROSSANA
nata a CATANZARO (CZ) il 07/05/1983
codice fiscale: SCLRSN83E47C352B
quota: 1.250,00 valuta: EURO
- SOCIO ACCOMANDANTE nominato con atto del 23/02/2007
Proprietà della quota:
IN PIENA PROPRIETA': 1250.00

* SCALISE MARINA
nata a CROTONE (KR) il 05/08/1986
codice fiscale: SCLMRN86M45D122R
quota: 1.250,00 valuta: EURO
- SOCIO ACCOMANDANTE nominato con atto del 23/02/2007
Proprietà della quota:
IN PIENA PROPRIETA': 1250.00

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

Il presente certificato non può 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	2	EURO	32,00
PER DIRITTI		EURO	5,00
TOTALE		EURO	37,00
TOTALE CON GLI IMPORTI ESPRESSI IN LIRE: 71641			

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

IL CONSERVATORE

ROSA CARVELLI

*** fine certificato ***

IL DELEGATO ALLA FIRMA
T.I.M. Leone Crisapulli





Nuovo
Sistema
Informativo
Sanitario

Flussi Informativi

HelpDesk

Interrogazioni - 2015

Gestione in Linea - 2015

Acquisizione da File - 2015

Interrogazione Errori/Anomalie - 2015

Ente: 180 202 CALABRIA - A.S.P. CROTONE

Interrogazioni Home > Interrogazioni > Modelli STS > Modello STS.11

- ▶ Modelli FLS
- ▶ Modelli STS
 - Modello STS.11
 - Modello STS.14
 - Modello STS.21
 - Modello STS.24
- ▶ Modelli RIA
- ▶ Modelli HSP

Dati anagrafici delle strutture sanitarie

ATTENZIONE: Il modello è nello stato "0 - Dati in acquisizione".

A: Denominazione Struttura

DR. SCALISE FRANCESCO

B: Codice Regione

180

C: Codice ASL/AZ.OSP.

202

D: Codice Struttura

004800

E: Anno

2015

F

Partita

IVA:

Indirizzo: VIA CORRADO ALVARO

Comune: 101010 CROTONE (KR)

C.A.P. 88900

E mail:

Sito web:

Telefono 0962 / 29907

Fax: /

Data di Apertura **Giorno(gg)/Mese/Anno(aaaa):** 01 Gennaio / 1988

Data di Chiusura **Giorno(gg)/Mese/Anno(aaaa):** /

G: Tipo di Struttura

- AMBULATORIO E LABORATORIO
- ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE
- STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE
- STRUTTURA RESIDENZIALE

Mesi di Funzionamento nell'anno: 12

H: Tipo di Assistenza Erogata

➤ S1 - Attività Clinica

Giorni Settimanali di Apertura

6

Ore Settimanali di Apertura

36

S3 - Attività di laboratorio

S4 - Attività di consultorio materno - infantile

S5 - Assistenza psichiatrica

**S6 - Assistenza per
tossicodipendenti/alcoldipendenti**

S7 - Assistenza AIDS

S8 - Assistenza idrotermale

S9 - Assistenza agli anziani

S10 - Assistenza ai disabili fisici

S11 - Assistenza ai disabili psichici

S12 - Assistenza ai malati terminali

I: Tipo di rapporto con il S.S.N.

DIRETTAMENTE GESTITA

NON DIRETT. GESTITA

L

INTERNA

EXTRAOSPEDALIERA

Codice Struttura di ricovero -- Seleziona --

M

(Barrare la casella corrispondente)

SINGOLO MEDICO

SOCIETA`

SOC.TIT. ANCHE DI CASE DI CURA

ALTRO

Selezionare la casella se sono presenti apparecchiature tecnico-biomediche

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_1051393	Data richiesta	14/09/2015	Scadenza validità	12/01/2016
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	R.M. SAS DI SCALISE FRANCESCO & C.
Codice fiscale	02839560790
Sede legale	VIA ANTONINO CAPONNETTO, 5 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.



C & P CERTIFICAZIONI

Organismo di Ispezione di tipo "A" autorizzato dal Ministero dello Sviluppo Economico ai sensi del D.P.R. 462/01
Con D.M. del 05/10/2011 Pubblicato sulla G.U. n 250 del 26/10/2011

AZIENDA

R.M. SAS di Scalise Francesco

Caponnetto, 5 Crotone (KR)

VERBALE di VERIFICA di MESSA A TERRA AI SENSI DEL D.P.R. 462/01

art. 4 Verifica Periodica art. 7 Verifica Straordinaria

Data della Verifica:

04/09/2015

Verbale di Verifica N°:

TTN1V32F

Data Emissione Verbale:

04/09/2015

Data prossima Verifica:

04/09/2017

C & P Certificazioni Srl, Organismo Abilitato, ha provveduto all'ispezione dell'impianto di messa a terra sotto indicato.

Anno di Prima Installazione

PROGETTO IMPIANTO ELETTRICO



DISPONIBILE



NON DISPONIBILE

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' L. 46/90 O DM 37/08



DISPONIBILE



NON DISPONIBILE



C & P CERTIFICAZIONI

Organismo di Ispezione di tipo "A" autorizzato dal Ministero dello Sviluppo Economico ai sensi del D.P.R. 462/01
Con D.M. del 05/10/2011 Pubblicato sulla G.U. n 250 del 26/10/2011

Il sottoscritto: **ha provveduto in data:**

All'ispezione periodica dell'impianto elettrico dell'azienda:

Ubicato a: **In via:**

Numero Tecnici impegnati nella verifica: **Durata della verifica (Ore / Uomo):**


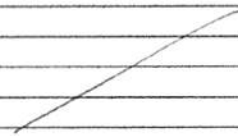
Caratteristiche Dell'Impianto Elettrico:

Sistema Distribuzione:

Potenza Totale Installata:

Impianto Elettrico Funzionale A:

Protetto dai contatti indiretti mediante interruzione dell'alimentazione con le seguenti caratteristiche: Dispositivo di Protezione Differenziale

SISTEMA DISPERDENTE				Prove Misure ed Esami eseguite secondo la metodologia indicata dalla Norma CEI 64-8/6, guida CEI 64-14 e procedura op. PQ05/03				
<input type="checkbox"/>	Dispersore di fatto			Sistema Disperdente	Regolare <input checked="" type="checkbox"/>	Vedi Osservazioni <input type="checkbox"/>		
	Posa nel Terreno	(1)	(2)	Conduttori, Connessioni	Regolare <input checked="" type="checkbox"/>	Vedi Osservazioni <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Piastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interruttori differenziali	Regolare <input checked="" type="checkbox"/>	Vedi Osservazioni <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Nastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuità	Regolare <input checked="" type="checkbox"/>	Vedi Osservazioni <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Tondino o Conduttore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resistenza di Terra	<input type="text" value="1,2"/> <input type="text" value="0,39"/>	Vedi Osservazioni <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Conduttore Cordato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metodo di misura resistenza di terra:	Volt-Amperometrico <input type="checkbox"/> Loop-Test <input checked="" type="checkbox"/>			
	Infissione nel Terreno	(1)	(2)	(3)	Le misure e le prove sono state effettuate con i seguenti strumenti			
<input type="checkbox"/>	Picchetto a tubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Marca: METREL - Modello: MI 2087			
<input type="checkbox"/>	Picchetto Massiccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		N° Matricola: 08380198 - Taratura: 02/12/2014			
<input checked="" type="checkbox"/>	Picchetto in Profilato	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(1) Acciaio zincato a caldo Norma CEI(7-6)								
(2) Rame								
(3) Acciaio rivestito in Rame								
IDENTIFICAZIONE DEL CIRCUITO				DISPOSITIVO DIFFERENZIALE		PROVA T (ms)	TASTO DI PROVA	
				TIPO	In (A)		In (A)	FUNZIONA
							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> La prova di tutti gli Interruttori Differenziali ha dato ESITO POSITIVO, ed i tempi di intervento sono CONFORMI alle NORME CEI Cogenti e Vigenti								
Eventuali Osservazioni:								



C & P CERTIFICAZIONI

Organismo di Ispezione di tipo "A" autorizzato dal Ministero dello Sviluppo Economico ai sensi del D.P.R. 462/01
Con D.M. del 05/10/2011 Pubblicato sulla G.U. n 250 del 26/10/2011

AZIENDA

R.M. SAS di Scalise Francesco
Caponnetto, 5 Crotone (KR)

VERBALE di VERIFICA di MESSA A TERRA AI SENSI DEL D.P.R. 462/01

art. 4 Verifica Periodica art. 7 Verifica Straordinaria

Data della Verifica:

04/09/2015

Verbale di Verifica N°:

TTN1V32F

Data Emissione Verbale:

04/09/2015

Data prossima Verifica:

04/09/2017

C & P Certificazioni Srl, Organismo Abilitato, ha provveduto all'ispezione dell'impianto di messa a terra sotto indicato.

Anno di Prima Installazione

PROGETTO IMPIANTO ELETTRICO



DISPONIBILE



NON DISPONIBILE

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' L. 46/90 O DM 37/08



DISPONIBILE



NON DISPONIBILE



ANTINCENDIO KR
ESTINTORI

di Iorno Antonio & C. s.n.c.

Progettazione e manutenzione impianti antincendio

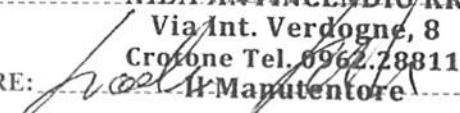
Via Int. Verdogne, 8
88900 CROTONE
Tel. e Fax 0962.28811

1. DITTA STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
VIA "R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."
CITTÀ Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907 PROV.
C.A.P. 88900 CROTONE

RESPONSABILE MEZZI D'ESTINZIONE E IMPIANTI ANTINCENDIO

SIG.  NIBA ANTINCENDIO KR

Via Int. Verdogne, 8
Crotone Tel. 0962.28811

2. TECNICO VERIFICATORE:  H. Mantuatore DATA 16/09/2015

3. DOTAZIONE MEZZI D'ESTINZIONE PORTATILI E CARRELLATI

Estintori portatili polvere	n. 07	Estintori carrellati polvere	n.
Estintori portatili CO	n.	Estintori carrellati CO	n.
Estintori portatili schiuma	n.	Estintori carrellati schiuma	n.
Estintori portatili idrici	n.	Gruppi mobili schiuma	n.
Estintori di scorta	n.	Impianti fissi CO	n.

4. DOTAZIONE IMPIANTI DI SPEGNIMENTO POSTAZIONI FISSE

Postazione manichette UNI 45 - NASPI	n.
Postazione manichette antincendio UNI 70	n.
Idranti soprasuolo-sottosuolo	n.
Monitori	n.
Gruppi attacchi-motopompa	n.
Sala pompe-motopompe	n.
Porte tagliafuoco	n.

5. IMPIANTI DI RILEVAZIONE E SPEGNIMENTO-EVACUATORI DI FUMO

Tipo	Ubicazione
Tipo	Ubicazione
Tipo	Ubicazione
Tipo	Ubicazione
Tipo	Ubicazione



6. NOTE

.....
.....
.....

7. FIRMA DELLO STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
"R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907

8. FIRMA ANTINCENDIATORI
NIBA ANTINCENDIO KR
Via Int. Verdogne, 8
Crotone Tel. 0962.28811

PATENTE DI GUIDA REPUBBLICA ITALIANA

9. A B

1. SCALISE
2. FRANCESCO
3. 17/07/44 MARCEDUSA (CZ)
- 4a. 02/10/2014 4c. MIT-UCC
- 4b. 17/07/2018
5. U1F566773K
- 7.

13. 12.71 CZ2247965D I AE 7543602

9.	10.	11.	12.
AM			
AI			
A2			
A	14/11/62	17/07/18	
B1			
B	14/11/62	17/07/18	
C1			
C			
D1			
D			
BE			
CIE			
CE			
DIE			
DE			

1. Cognome 2. Nome 3. Data e luogo di nascita 4a. Data del rilascio
 4b. Data di scadenza 4c. Rilasciata da 5. Numero della patente
 10. Valida dal 11. Valida fino al 12. Codici

Studio odontoiatrico accreditato
R.M. sas di Scalise dr. Francesco
Via Caponnetto n.5 CROTONE 88900

Elenco attrezzature:

N. 6 RIUNITI (N 6 POLTRONE)

N.6 ABLATORI TARTARO

N.2 SBIANCATORI

N.1 RADIOGRAFICO+SISTEMA R.V.G.

N.2 AUTOCLAVI

N.1 NUCLEO ELETTROGENO

N.2 MOTORI PER IMPIANTI BRANEMARKES

N.5 LAMPADE ALOGENE

N.1 IMBUSTATRICE

N.1 RIVELATORE APICALE RYPEX

N.1 MICROMOTORE PER ENDODONZIA ENDOMATE

N.1 LAMAPDA PER STERILIZZAZIONE AMBIENTALE

N.1 KIT (VALIGETTA) PER LA RIANIMAZIONE

LAMPADE CHIRURGICHE

ATTREZZATURA PER ORTODONZIA

ATTREZZATURA PER PARODONTOLOGIA

ORTOPANTOMOGRAMFO KODAK 8000

ATTREZZATURE PER OGNI TIPO DI TRATTAMENTO ODONTOIATRICO E
PROTESICO INERENTE AL NOSTRO CAMPO.

STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.

"R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."

Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907

88900 CROTONE

C.E./PIVA 02839560790

21-9-2015

**Spett.le Dipartimento Tutela della Salute
Politiche Sanitarie
Regione Calabria
Direzione Generale**

Oggetto: Elenco del personale.

Il sottoscritto dott. Francesco Scalise, laureato in medicina e chirurgia, specialista in odontoiatria e protesi dentaria, nato a Marcedusa (CZ) il 17/07/1944 residente in Crotona via Firenze n. 134/c, cod. fis. SCLFNC44L17E923K, nella qualità di Legale Rappresentante della struttura privata accreditata denominata: " R.M. sas di Scalise Francesco & C" con sede legale in via Caponnetto n. 5, tel/fax 0962/29907 e-mail francoscalisestudio@libero.it p.iva_02839560790,

DICHIARA

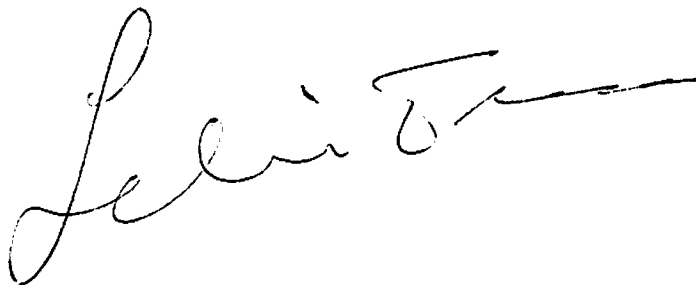
Che il personale in forza presso il seguente studio medico è composto da unità 6 (sei) così identificata:

- **Dr. Scalise Francesco nato a Marcedusa (CZ) il 17/07/1944 e residente a Crotona via Firenze n. 134/c, cod. fis. SCLFNC44L17E923K Titolare con la qualifica di Direttore Sanitario e Amministrativo a tempo pieno con titolo di studio: Medico Chirurgo Specialista in odontoiatria e protesi dentaria;**
- **Dr.ssa Scalise Rossana nata a Catanzaro il 07/05/1983 e residente a Crotona in via Firenze n. 134/c C.F.: SCLRSN83E47C352B con la qualifica di Odontoiatria con titolo di studio Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, specializzata in Ortognatodonzia.**
- **Dr. Adriano Provenzano nato ad Agrigento il 30/09/1987 e residente ad Agrigento (AG) C.F.: PRVDRN87P30A89N con la qualifica di Odontoiatra con titolo di studio di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria.**

- Colucci Mariagrazia nata a Crotrone il 28/05/1973 e residente a Crotrone in via A. Daniele n. 73 C.F.: CLCMGR73E68D122Z con la qualifica di assistente alla poltrona per ore 10 (dieci) a settimana con titolo di studio diploma di Ist. Magistrale.
- Imbrauglio Debora nata a Crotrone il 13/05/1970 e residente a Crotrone C.F.: MBRDBR70E53D122R con la qualifica di impiegata alla poltrona per ore 22 (ventidue) a settimana con titolo di studio dattilografa.
- Brasacchio Rachele nata a Crotrone il 12/11/1953 e residente a Crotrone C.F.: BRSRHL53S52D122S con la qualifica di impiegata amministrativa per ore 12 (dodici) a settimana con titolo di studio Laurea in lettere.
- Scalise Marina nata a Crotrone il 7/08/1986 e residente a Crotrone C.F.: SCLMRN86M45D122R con la qualifica di impiegata amministrativa per ore 24 settimanali con titolo di studio di Laurea in Scienze della Nutrizione.

Il relativo contratto dei dipendenti sono stati redatti ai sensi del C.C.N.L. e studi professionali.

Firma



STUDIO DENTISTICO
ACCREDITATO CON S.S.N.
"R.M. s.a.s. di Scalise Dr. F.sco & C."
Via A. Caponnetto, 5 - Tel. 0962.29907
88900 CROTONE
C.F./P.IVA 02939560780

Autocertificazione insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4 comma 7 del L. 412/1991

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritt (nome e cognome) SCALISE MARINA
nata a PROTONE Prov. KR il 5-8-1986 residente
a PROTONE via/piazza MAGNA GRACIA n°6F4

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

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

_____ data

Marina Pedone
_____ firma leggibile del dichiarante(*)

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

Autocertificazione insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4 comma 7 del L. 412/1991

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritt_ (nome e cognome) PCALISE FRANCESCO
nato a MARCEJUSA Prov. CR il 17-7-64 residente
a BROTONE via/piazza CAPPUCCINI n. 2

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

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

21-9 - 2015
data

PCALISE FRANCESCO
firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Autocertificazione nei casi di cui all'art. 67 del D.Lgs 159/2011

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) SCALISE MARINA
nato a CROTONE Prov. KR il 5/8/1986 residente
a CROTONE via/piazza MAGNA GRECIA n. 96F4

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.

21-9-2015
data

Marina Scalise
firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Autocertificazione nei casi di cui all'art. 67 del D.Lgs 159/2011

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) SCALISE ROSSANA
nato a CATANZARO Prov. CR il 7-5-83 residente
a ROVA via/piazza PEZZÈ PASCOLATO n. 9


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.

21-9-2015
data


firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Autocertificazione nei casi di cui all'art. 67 del D.Lgs 159/2011

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

 sottoscritt^o (nome e cognome) FRANCESCO FRANCESCO
nat^o a MARCEJUSA Prov. CR il 17-7-1966 residente
a PROTONE via/piazza CAPPUCINI n. 2

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.

21-9-2015
data

Francesco Francesco
firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione ottemperanza in materia di diritto al lavoro dei disabili

Il sottoscritto Francesco Scalise nato il 17/07/1944 a Marcedusa (CZ) residente in Crotona via Cappuccini n. 2 codice fiscale SCLFNC44L17E923K, in qualità di rappresentante legale della struttura denominata: "R.M. sas di Scalise Francesco & C" con sede legale in Crotona cap. 88900, via Caponnetto n. 5 tel/fax 0962/29907 e-mail francoscalisestudio@libero.it P.IVA 02839560790.

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 la scrivente azienda occupa meno di 15 lavoratori dipendenti e quindi, ai sensi dell'art. 3 comma 1 della legge 68/99, non è tenuta all'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 Legge 12 marzo 1999, n.68, come modificato dall'art.40 del D.L. 25 giugno 2008, n.112, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008, n.133.

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.

21-9-2015
data

Francesco Scalise

firma leggibile del dichiarante(*)

Autocertificazione adesione al codice etico

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto Francesco Scalise nato il 17/07/1944 a Marcedusa (CZ) residente in Crotona via Cappuccini n. 2 codice fiscale SCLFNC44L17E923K, in qualità di rappresentante legale della struttura denominata: ”_R.M. sas di Scalise Francesco & C” con sede legale in Crotona cap. 88900, via Caponnetto n. 5 tel/fax 0962/29907 e-mail francoscalisestudio@libero.it P.IVA 02839560790.

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

L'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione, 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.

21-9-2015
data

Scalise Francesco

firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione osservanza in materia antinfortunistica, impiantistica e tutela igiene e salute sul lavoro

AI SENSI DELLA LEGGE N.15/1968, DELLA LEGGE N. 127/1997 E DEL D.P.R. N. 403/1998.

Il sottoscritto Francesco Scalise nato il 17/07/1944 a Marcedusa (CZ) residente in Crotone via Cappuccini n. 2 codice fiscale SCLFNC44L17E923K, in qualità di rappresentante legale della struttura denominata: " R.M. sas di Scalise Francesco & C" con sede legale in Crotone cap. 88900, via Caponnetto n. 5 tel/fax 0962/29907 e-mail francoscalisestudio@libero.it P.IVA 02839560790.

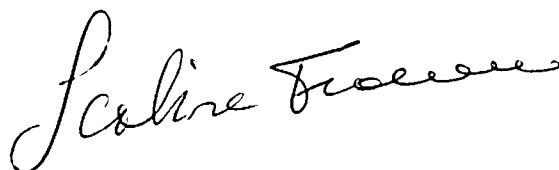
DICHIARA

Il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi riferiti alla propria struttura. L'osservanza alla normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul luogo di lavoro.

Di avere provveduto alla valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro, e di ottemperare alle prescrizioni di cui al D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

21-9-2015 CROTONE

Firma



Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) ADRIANO PROVENZANO
nato a AGRIGENTO Prov. AG il 30/9/1987 residente
a AGRIGENTO via/piazza VIA FRA SIMONE DA LENTINI n. 51

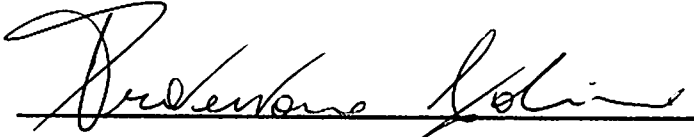
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

21-9-2015
data


firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritt(a) (nome e cognome) SCALISE ROSSANA
nato a CATANZARO Prov. CZ il 7-5-83 residente
a ROMA via/piazza PEZZE PASCOLATO n. 9

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

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

21-9-2015
data

Rossana Scalise
firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) COLUCCI MARIA GRAZIA
nata a GROTONA Prov. KR il 28-5-73 residente
a GROTONA via/piazza St. DANIELE n. 73

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

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

21-9-2015
data

Maria Grazia Colucci

firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritt^o (nome e cognome) IMBRAUGLIO DEBORA
nata a CROTONE Prov. KR il 13-5-1970 residente
a CROTONE via/piazza UNIONE EUROPEA n. 37

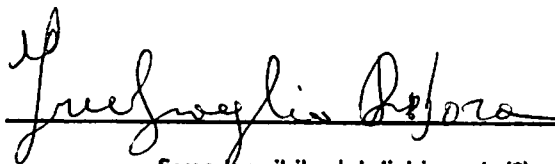
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

21-9-2015
data


firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) BRASACCHIO RACHECE
nato a CROTONE Prov. KR il 12-11-1953 residente
a CROTONE via/piazza PAPPUCINI n. 2

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

L'insussistenza di di situazioni di incompatibilità ai sensi dell' art. 4 comma 7 del 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.

21-9-2015
data


firma leggibile del dichiarante(*)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.