

**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 **VENTISEI** 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 CLINICHE S. VIA srl , erogatore di prestazioni di laboratorio analisi, in persona del legale rappresentante p.t, Dr. Carlo Napoli P.I. 00937920791 con sede legale in Crotona Via Giovanni Paolo II 48 (di seguito per brevità "Erogatore" o Struttura"), dall'altra parte, 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;

Azienda Sanitaria Provinciale Crotona
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
tel. e fax 0962.21712 - Crotona
Partita Iva 00937920791

- 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 CLINICHE S. VIA srl sita in Crotone Via Giovanni Paolo II 48 cod. struttura 193E6C cod. NSIS 004100 (di seguito denominata "Struttura").
2. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di (*barrare la/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;

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*;

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA

LABORATORIO CLINICHE
 S. VIA S.T.L.
 Via Giovanni Paolo II 48
 tel. e fax 0962.21712 - Crotone
 Partita Iva 009370201

n. trattamenti ____ semiresidenziali;

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

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

ARTICOLO 2

Documentazione e adempimenti

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

231/2001 in materia di prevenzione dei reati;

f.1. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a € 200.000,00 annuo, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 dicembre 2015;

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

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

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

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

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

Articolo 3

Oggetto del Contratto

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

Articolo 4

Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale

1. La Struttura eroga prestazioni di assistenza ospedaliera: il budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. del per l'anno 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.

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 € 252.312,00 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 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 ().

LABORATORIO CASO DI MANUTENIMENTO 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 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 regolerà 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.

LABORATORIO ANALISI CLINICHE

VIA s.r.l.

Via Giovanni Paolo II 48
tel. e fax 0962 21712 - Crotoni
Partita Iva 3093792079

Azienda Sanitaria Provinciale Crotoni
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr.  ARENA

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

Articolo 10

Cessione del Contratto

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

Articolo 11

Cessione dei crediti

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

Articolo 12

Risoluzione per grave inadempimento

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

concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale contestazione. Trascorso tale termine, l'ASP invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione. La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 cc.

5. Fermo e impregiudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 2) lettere b), c), d), e), g), h) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della ASP, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinarne la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente inadempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.
6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto dell'ASP e, conseguentemente, della Regione Calabria al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.
7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, il contratto sarà risolto *ipso iure* su dichiarazione dell'ASP senza concessione di termini per dedurre.
8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura s'impegna a non ricoverare pazienti (salvo che per esigenze indifferibili e su richiesta dell'ASP territorialmente competente).

Articolo 13

Controversie

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

Articolo 14

Clausola di salvaguardia

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

Articolo 15

Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta di registro di cui al D.P.R. n° 131/1986.

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
tel. e fax 0962.21712 - Crotoni
Partita Iva 00937920791

Azienda Sanitaria Provinciale Crotono
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 laboratorioavia@pec.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC direzionegenerale@pec.asp.crotone.it

CROTONE, 26/5/2016.

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

L'Azienda Sanitaria Locale _____

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
Tel. e fax 0962.21712 - Crotone
Partita Iva 00937920791

L'Erogatore _____

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

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

L'Azienda Sanitaria Locale
Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

L'Erogatore _____

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
Tel. e fax 0962.21712 - Crotone
Partita Iva 00937920791

VIA Laboratorio Analisi

Codice Struttura	CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONI	Volumi prestazioni	Budget 2016
004100	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	3	31,59
004100	90.03.4	ACIDO VALPROICO	2	21,76
004100	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	3450	3450
004100	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	2	2,84
004100	90.05.2	ALDOLASI [S]	2	3,9
004100	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	2	10,6
004100	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	210	1554
004100	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	50	265,5
004100	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	440	809,6
004100	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	40	146
004100	90.07.5	AMMONIO [P]	20	127,2
004100	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	19	250,61
004100	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	3	37,26
004100	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	2	21,38
004100	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	95	795,15
004100	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	4	41,08
004100	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDAS	445	5028,5
004100	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	2	18,72
004100	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	2	14,74
004100	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	65	621,4
004100	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	4	54,84
004100	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	2	50,12
004100	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	300	3771
004100	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	275	3569,5
004100	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	245	3101,7
004100	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	305	3504,45
004100	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	3	43,41
004100	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	390	2889,9
004100	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	5	83
004100	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	700	5187
004100	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	15	75,3
004100	90.09.1	APTOGLOBINA	4	21,2
004100	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	3450	3588
004100	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	2	13,74
004100	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibio	345	4205,55
004100	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas	1	12,19
004100	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	41	217,3
004100	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	945	1067,85
004100	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	790	1113,9
004100	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT	1	3,31
004100	90.11.1	C PEPTIDE	3	36,45
004100	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	3	151,95
004100	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	980	1107,4
004100	90.11.5	CALCITONINA	100	1441
004100	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	1	8,54
004100	90.12.5	CERULOPLASMINA	1	5,3
004100	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	145	163,85
004100	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	85	622,2
004100	90.14.1	COLESTEROLO HDL	2450	3503,5

Azienda Sanitaria Provinciale Crotono
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paoletti
Tel. e fax 0962.21712
Partita Iva 009374207

004100	90.14.2	COLESTEROLO LDL	1150	770,5
004100	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	3250	3380
004100	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	35	47,6
004100	90.60.2	COMPLEMENTO: CIQ, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	75	397,5
004100	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	3	55,5
004100	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	45	350,55
004100	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	495	712,8
004100	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	2	8,34
004100	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	2950	3333,5
004100	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	85	136
004100	90.61.3	CYFRA 21-I	3	57,15
004100	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	8	82,4
004100	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	30	466,5
004100	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	4550	14423,5
004100	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	18	134,28
004100	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	110	822,8
004100	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	178	1331,44
004100	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	360	2991,6
004100	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	30	360,3
004100	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	20	68,4
004100	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	5	83
004100	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	77	701,47
004100	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]	6	41,58
004100	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	300	1419
004100	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, p	30	184,2
004100	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	75	264
004100	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	1100	6996
004100	90.22.5	FERRO [S]	2400	2736
004100	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	500	1335
004100	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	90	572,4
004100	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	80	496,8
004100	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	4	6,64
004100	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	800	832
004100	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	2	20,36
004100	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	35	51,1
004100	90.24.5	FOSFORO	180	262,8
004100	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	2300	2599
004100	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	10	23,8
004100	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	14	46,62
004100	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	3850	4504,5
004100	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	2	14,32
004100	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U]	4	24,08
004100	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	88	878,24
004100	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	640	4742,4
004100	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	2	28,72
004100	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	2	32,08
004100	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	245	17439,1
004100	90.68.3	IgE TOTALI	155	1204,35
004100	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	300	1497
004100	90.29.1	INSULINA [S]	10	87,5
004100	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	400	452
004100	90.30.2	LIPASI [S]	297	766,26
004100	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	88	633,6

Azienda Sanitaria Provinciale Crotono
IL COMMISSARIO ATIPICO ORDINARIO

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l
Via Giovanni Paolo II 4
Tel. e fax 0962.21712 - Crotono
Partita Iva 0093792079

004100	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	145	224,75
004100	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met.	8	83,2
004100	90.33.4	MICROALBUMINURIA	65	267,15
004100	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	2	13,84
004100	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	2	20,96
004100	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSC	100	572
004100	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	40	756,8
004100	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	2	3,6
004100	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	3	39,57
004100	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1500	1530
004100	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	7200	18576
004100	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	365	941,7
004100	90.38.1	PROGESTERONE [S]	70	639,1
004100	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	140	998,2
004100	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	1100	4257
004100	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	1750	7402,5
004100	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	75	84,75
004100	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	28	118,44
004100	90.39.4	RAME [S/U]	2	9,38
004100	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	100	214
004100	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]	25	87,5
004100	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin	8	64,24
004100	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1300	1326
004100	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	300	1455
004100	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	3	19,05
004100	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	1100	3135
004100	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	400	1140
004100	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	60	586,8
004100	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	2	28,44
004100	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	250	3335
004100	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	1700	9282
004100	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	1600	10176
004100	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	550	4284,5
004100	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	300	1434
004100	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoag	100	578
004100	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Floccula	100	336
004100	90.43.2	TRIGLICERIDI	3100	3627
004100	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	1500	9600
004100	90.82.3	TROPONINA I	2	22,92
004100	90.43.5	URATO [S/U/dU]	2000	2260
004100	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	2500	2825
004100	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3899	8460,83
004100	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	2100	4095
004100	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	70	564,9
004100	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	80	702,4
004100	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	8	80,4
004100	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	28	280,28
004100	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	15	150,15
004100	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	20	200,2
004100	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	70	700,7
004100	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	20	200,2
004100	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	250	1975
004100	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	230	2302,3

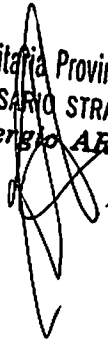
Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARZENA

LABORATORIO ANALISI
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II
Tel. e fax 0962.21712 - Crotone
Partita Iva 0093792079

004100	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	2	26,96
004100	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	25	191
004100	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUN]	3	31,53
004100	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	3	23,76
004100	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	220	2398
004100	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	200	1576
004100	90.44.5	VITAMINA D	140	2220,4
004100	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	2	5,06
Totale Budget al Lordo			80.919	252.312
Ticket stimato				7.432
Budget Netto				244.880

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l
 Via Giovanni Paolo II n. 4
 tel. e fax 0962-21712 - Crotone
 Partita Iva 0093792072

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA



LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. SALVATORE VIA SRL
CODICE REGIONALE N° 193 E 6C
P.IVA 00937920791
Via Giovanni Paolo II ,48 –tel-fax 0962-21712
88900 CROTONE

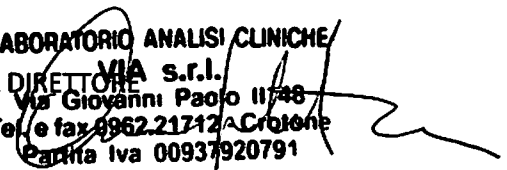
A.S.P.-AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

OGGETTO : CODICE IDENTIFICATIVO NSIS

IL SOTTOSCRITTO DOTT. SALVATORE CIMIERI IN QUALITA' DI DIRETTORE SANITARIO COMUNICA CHE IL
CODICE NSIS E' 004100

CROTONE 26/05/2016

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
IL DIRETTORE
Via Giovanni Paolo II, 48
Tel. e fax 0962.21712 - Crotone
Partita Iva 00937920791



LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. SALVATORE VIA S.R.L. CROTONE (KR)	REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO				MOD. RSL
	REVISIONE MODULO	N. 01	DATA	21.12.2011	PAG. 1 DI 4

REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO

N.	DENOMINAZIONE MODELLO	PRODUTTORE	MATRICOLA	TIPO D'USO	N° SCHEDA	TARATURA/CALIBRAZIONE	
						FREQUENZA	TIPO
1	FRIGORIFERO WINE – COOLER	BOSH		SL	002	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
2	SPETTROFOTOMETRO MOD.42	BECKMAN	4100582	SL	003	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
3	BILANCIA ANALITICA MOD.2472	SARTORIUS	176312	SL	005	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
4	CENTRIFUGA ALC 4217	ALC	27-1594	SL	006	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
5	TERMOSTATO CON TERMOREGOLA.	BICASA		SL	007	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
6	CAPPA CHIMICA ASALAIR MOD.200	ASALAIR	642	SL	008	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
7	TERMOSTATO A BAGNO BAUTS	BOUITS	637211	SL	009	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
8	STUFA CON TERMOREGOLATORE 0-200°C	PANACEA	80/24	SL	010	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
9	DISTILLATORE ACQUA MOD. STILL 3/ES	INTERCONTINENT AL EQ	6798	SL	011	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
10	CENTRIFUGA ALC PK 120	ALC	30006029	SL	012	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
11	CAPPA CON ASPIRATORE A FLUSSO LAMINARE	GELAIRE	40439	SL	014	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
12	CENTRIFUGA LABOFUGHE 400R	HERAEUS	D.37520	SL	015	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
13	BEAD E TUBE VASHER	SORIN	B-019963	SL	016	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
14	GAMMA COUNTER	BERTHOLD	1094	SL	017	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
15	AUTOCLAVE PBI	PBI	B1-18471	SL	018	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
16	AGITATORE AR-1 CON TIME+REG. RPM	SORIN	00133	SL	019	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
17	SISTEMA HPLC GOLD	BECKMAN	202/1002	SL	020	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
18	FRIGORIFERO (SETTORE 4°C+SETTORE -20°C)	IGNIS		SL	021	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
19	FRIGORIFERO IBERNA	IBERNA		SL	022	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
20	COLORIMETRO “BAUSCH&LOMB”	CARLO ERBA	09551930	SL	023	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
21	ESSICCATORE AD ARIA FORZATA	BECKMAN	242	SL	024	VEDI SCHEDA STRUM.	INT

LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. SALVATORE VIA S.R.L. CROTONE (KR)	REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO				MOD. RSL
	REVISIONE MODULO	N. 01	DATA	21.12.2011	PAG. 2 DI 4

22	PH METRO HI 8014	HANNA INSTRUMENTS	22233	SL	025	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
23	PROTEINOMETRO ATAGO	CARLO ERBA	643075	SL	26	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
24	AGGLUTINOSCOPIO ODELLO 705	ASL SRL	1308	SL	27	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
25	MICROSCOPIO BINOCULARE ZEISS	CARL ZEISS		SL	34	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
26	MICROSCOPIO A CONTRASO DI FASE	CARL ZEISS	00814	SL	35	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
27	MICROSCOPIO BINOCULARE	LEITZ-WETRAIL		SL	36	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
28	TERMOMETRO HD 8601P+S8601	DELTA	01026007	CPA	36	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
29	MATRACCIO TARATO CON TAPPO CLASSE A ml1	MEDI EMME		CPA	38	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
30	PROVETTE TARATE mm16X60 ml10	MEDI EMME		CPA	39	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
31	PROVETTE GRADUATE 1/10mm 12X90m5	MEDI EMME		CPA	40	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
32	TERMOMETRO PORTATILE VETRO			SL	43	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
33	TERMOMETRO PORTATILE ROSSO			SL	44	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
34	TERMOMETRO PORTATILE			SL	45	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
35	MICROPIPETTE DA 10	GILSON	S12574B	SL	46	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
36	MICROPIPETTE DA 200	GILSON	S12279A	SL	47	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
37	MICROPIPETTA DA 500	GILSON	S12067A	SL	48	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
38	MICROPIPETTA DA 1000	GILSON	R13273N	SL	49	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
39	MICROPIPETTA DA 50	GILSON	S13037A	SL	50	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
40	MICROPIPETTA DA 100	GILSON	S13037A	SL	51	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
41	MICROPIPETTA DA 20	GILSON	S13039A	SL	52	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
42	MICROPIPETTA VARIABILE	SOCOREX	0331869	SL	53	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
43	TURBOX PLUS -PROTEIN ANALISER	ORION DIAGNOSTICA	1030715	SL	54	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
44	AMMONIA CHECKER II	A.MENARINI	BA 109025	SL	56	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
45	SUPER AUTION ANALYZER SA 4220	A.MENARINI	906012	SL	57	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
46	ANALIZZATORE KONELAB 20 i	THERMO	S3719295	SL	58	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
47	ANALIZZATORE LIAISON	DIASORIN	212900219	SL	59	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
48	VES-MATIC 20	DIESSE	03080391	SL	60	VEDI SCHEDA STRUM.	INT

LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. SALVATORE VIA S.R.L. CROTONE (KR)	REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO				MOD. RSL	
	REVISIONE MODULO	N. 01	DATA	21.12.2011	PAG. 3 DI 4	

49	NYCOCARD READER	AXIS	3446	SL	62	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
50	ANALIZZATORE EMATOLOGICO XT200i	SYSMEX	12187	SL	65	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
51	SISPEMA PER ELETTROF. HYDRASIS	SEBIA	13516	SL	66	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
52	COAGULOMETRO COATRON iv	TECO	642206	SL	72	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
53	ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOENZIMATICA ALISEI	SEAC	420177	SL	73	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
54	ANALIZZATORE URINE LABUREADER PLUS	BIO GRUPPO MEDICAL SYSTEM	1207001220	SL	74	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
55	ANALIZZAT.CAPILLARYS MINICAP FLEX PIERCING	SEBIA	92438	SL	75	VEDI SCHEDA STRUM.	INT
56	ANALIZZATORE COBAS e411	ROCHE	1384-05	SL	76	VEDI SCHEDA STRUM.	INT

Data 26/05/2016

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA s.r.l.
Via Giovanni Paolo II. 48
Tel. e fax 0962.21712 - Crotone
Partita Iva 00937920791
Firma R GQ Cimieri Salvatore



LEGENDA

TIPO D'USO: CPA = Campione Primario Aziendale - SL = Strumento di Lavoro - SMI = Strumento per Misure Indicative
TIPO TARATURA/CALIBRAZIONE: EST = Esterna - INT = Interna

MOD. RSL	REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO				CROTONE (KR)
	PAG. 4 DI 4	31-01-2015	DATA	N. 01	REVISIONE MODULO

REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO

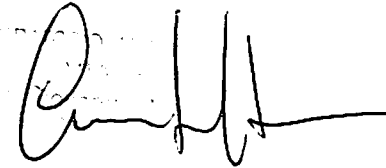
N.	DENOMINAZIONE	MODELLO	PRODUTTORE	MATERICOLA	TIPO	D.USO	N°	TARATURA/CALIBRAZIONE	
								SCHEDA	FRQUENZA
57	FRIGO ARMADIO TECNOMED		Tcnomed spa		SL		77	VED SCHEDA	INT.
58	ANALIZZATORE MAGO 4S		DIAMEDIX	00951	SL		78	VED SCHEDA	INT.
59	COAGULOMETRO STA SATELLITE		MARIGO ITALIA	3021690	SL		79	VED SCHEDA	INT.
60	ANALIZ. PER URINE URITEST-1500		MARIGO ITALIA	150000154E	SL		80	VED SCHEDA	INT.
61	ANALIZ. PER VES MICROSED-system		VITAL DIAGN.	05892	SL		81	VED SCHEDA	INT.
62	ANALIZZATORE LUMIPLUS G 1200		FUJIREBIO	I1130755B	SL		82	VED SCHEDA	INT.
63	ANALIZZATORE INDIKO PLUS		SCIAYO	864100000451	SL		83	VED SCHEDA	INT.
64	ANALIZZATORE CHORUS TRIO		DIESSE	2399	SL		84	VED SCHEDA	INT.

Via Giovanni Paolo II 48
 Tel. e fax 0962.21712 - Crotona
 Panna IV 00937920291
 Firma R GQ

Data, 26/05/2016

LEGENDA
 TIPO D'USO: CPA = Campione Primario Aziendale - SL = Strumento di Lavoro - SMI = Strumento per Misure Indicative
 TIPO TARATURA/CALIBRAZIONE: EST = Esterna - INT = Interna

LABORATORIO ANALISI CLINICHE DOTT. S. VIA S.R.L.
Via Giovanni Paolo II° – Tel/Fax 0962-21712, CAP 88900 – Crotone –
Codice Regionale n. 193E6C – Partita Iva: 00937920791



COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	LUOGO DI RESIDENZA	CODICE FISCALE	TITOLO DI STUDIO E NUMERO ISCRIZIONE ORDINE PROFESSIONALE	MANSIONI	ORE LAVORATIVE	C.C.N.L APPLICATO
Seminara	Silvana	Roccabernarda	17/11/1956	Roccabernarda	SMNSVN56S57H383L	Biologo Specialista in Microbiologia /Numero Ordine Professionale AA-029159	Biologa Settore Microbiologia e Sieroimmunologia	30	Tempo Indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
Cimieri	Salvatore	Crotone	08/06/1968	Crotone	CMRSVT68H08D122L	Biologo Specialista in Patologia Clinica/ Numero Ordine Professionale AA-046505	Direttore Tecnico	40	Tempo Indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
Cimieri	Salvatore	Crotone	08/06/1968	Crotone	CMRSVT68H08D122L	Biologo Specialista in Patologia Clinica	Responsabile del Settore Chimica Clinica – Tossicologia + Ria	40	Tempo Indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
Audia	Rosa	Baden	18/09/1979	San Giovanni in Fiore	DAURSO79P58Z133Y	Laurea 1° livello Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico Settore Chimica Clinica	30	Tempo Indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
Santoro	Costanza	Crotone	03/02/1972	Crotone	SNTCTN72B43D122E	Diploma Maturità Tecnico Commerciale	Ragioniera Responsabile	30	Tempo Indeterminato



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 6204/2016/R

Al nome di:

Cognome **NAPOLI**
Nome **CARLO**
Data di nascita **10/11/1966**
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, 24/05/2016 12:09



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.

Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di CROTONE

Registro Imprese - Archivio ufficiale della CCIAA

VISURA DI EVASIONE

**LABORATORIO ANALISI DOTT.
SALVATORE VIA S.R.L.**

DATI ANAGRAFICI

Indirizzo Sede legale	CROTONE (KR) VIA G. PAOLC II 48 CAP 88900
Indirizzo PEC	laboratoriovvia@pec.it
Numero REA	KR - 136066
Codice fiscale	00937920791
Forma giuridica	societa' a responsabilita' limitata

Estremi di firma digitale

Signature Not Verified

Digitally signed by ROSA CARVELL
Date: 2016.04.15 16:42:16 CEST
Reason: Conservatore Registro Imprese
Location: C.C.I.A.A. di CROTONE



Indice

1 Informazioni da statuto/atto costitutivo	2
2 Capitale e strumenti finanziari	4
3 Soci e titolari di diritti su azioni e quote	4
4 Amministratori	5
5 Attività, albi ruoli e licenze	5
6 Sede ed unità locali	6
7 Storia delle modifiche dal 15/04/2016	6

1 Informazioni da statuto/atto costitutivo

Registro Imprese	Data di iscrizione: 19/02/1996 Sezioni: Iscritta nella sezione ORDINARIA
Estremi di costituzione	Data atto di costituzione: 17/11/1990
Sistema di amministrazione	piu' amministratori (in carica)
Oggetto sociale	L' ATTIVITA' DI GESTIONE E AMMINISTRAZIONE DI LABORATORI DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGICHE, NONCHE' STUDI MEDICI, POLIAMBULATORI E CENTRI RIABILITATIVI ED ATTIVITA' CONNESSE. ...
Poteri da statuto	LA SOCIETA' PUO' ESSERE AMMINISTRATA ALTERNATIVAMENTE, SU DECISIONE DEI SOCI IN SEDE DI NOMINA: A) DA UN AMMINISTRATORE UNICO; ...

Estremi di costituzione

iscrizione Registro Imprese Codice fiscale e numero d'iscrizione: 00937920791
del Registro delle Imprese di CROTONE
Precedente numero di iscrizione: KR010-3359
Data iscrizione: 19/02/1996

sezioni Iscritta nella sezione ORDINARIA il 19/02/1996

informazioni costitutive Data atto di costituzione: 17/11/1990

iscrizione Registro Società Data iscrizione: 21/11/1990

Sistema di amministrazione e controllo

durata della società Data termine: 31/12/2050

scadenza esercizi Scadenza primo esercizio: 31/12/1990
Scadenza esercizi successivi: 31/12

sistema di amministrazione e controllo contabile

Sistema di amministrazione adottato: amministratore unico e amministrazione pluripersonale collegiale e amministrazione pluripersonale individuale disgiuntiva e amministrazione pluripersonale individuale congiuntiva

forme amministrative

piu' amministratori (in carica)

Oggetto sociale

L' ATTIVITA' DI GESTIONE E AMMINISTRAZIONE DI LABORATORI DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGICHE, NONCHE' STUDI MEDICI, POLIAMBULATORI E CENTRI RIABILITATIVI ED ATTIVITA' CONNESSE.
LA SOCIETA' POTRA' COMPIERE TUTTE LE OPERAZIONI IMMOBILIARI, COMMERCIALI, PATRIMONIALI E FINANZIARIE UTILI AL RAGGIUNGIMENTO DELLO SCOPO SOCIALE, IVI COMPRESI L'ACCENSIONE DI MUTUI DI QUALUNQUE NATURA, LE OPERAZIONI DI FACTORING E/O LEASING PASSIVI, L'ACQUISTO E LA CESSIONE DI CREDITI, L'ASSUNZIONE DI OBBLIGAZIONI CAMBIARIE DIRETTE E DI GIRATA, LA CONCESSIONE E/O L'ACQUISTO DI GARANZIE PERSONALI ED IPOTECARIE DI PEGNI E DI PRIVILEGI.

Poteri

poteri da statuto

LA SOCIETA' PUO' ESSERE AMMINISTRATA ALTERNATIVAMENTE, SU DECISIONE DEI SOCI IN SEDE DI NOMINA:

- A) DA UN AMMINISTRATORE UNICO;
- B) DA UN CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE COMPOSTO DA DUE O PIU' MEMBRI SECONDO IL NUMERO DETERMINATO DAI SOCI AL MOMENTO DELLA NOMINA;
- C) DA DUE O PIU' AMMINISTRATORI CON POTERI CONGIUNTI, DISGIUNTI O DA ESERCITARSI A MAGGIORANZA.

QUALORA VENGANO NOMINATI DUE O PIU' AMMINISTRATORI SENZA ALCUNA INDICAZIONE RELATIVA ALLE MODALITA' DI ESERCIZIO DEI POTERI DI AMMINISTRAZIONE, SI INTENDE COSTITUITO UN CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE. PER ORGANO AMMINISTRATIVO SI INTENDE L'AMMINISTRATORE UNICO OPPURE IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE OPPURE L'INSIEME DI AMMINISTRATORI CUI SIA AFFIDATA CONGIUNTAMENTE O DISGIUNTAMENTE L'AMMINISTRAZIONE.

GLI AMMINISTRATORI POSSONO ESSERE ANCHE NON SOCI.

NON SI APPLICA AGLI AMMINISTRATORI IL DIVIETO DI CONCORRENZA DI CUI ALL'ART. 2390 C.C..

GLI AMMINISTRATORI RESTANO IN CARICA FINO A REVOCA O DIMISSIONI O PER IL PERIODO DETERMINATO DAI SOCI AL MOMENTO DELLA NOMINA.

GLI AMMINISTRATORI SONO RIELEGIBILI. LA CESSAZIONE DEGLI AMMINISTRATORI PER SCADENZA DEL TERMINE HA EFFETTO DAL MOMENTO IN CUI IL NUOVO ORGANO AMMINISTRATIVO E' STATO RICOSTITUITO.

L'ORGANO AMMINISTRATIVO HA TUTTI I POTERI PER L'AMMINISTRAZIONE DELLA SOCIETA'. ESSO, PERTANTO, POTRA' RISCOUTERE SOMME DA PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, ENTI, BANCHE, PRIVATI, QUALUNQUE NE SIA L'AMMONTARE E LA CAUSALE RILASCIANDONE QUIETANZE LIBERATORIE; APRIRE CONTI CORRENTI BANCARI, OPERANDO CON GLI STESSI ANCHE ALLO SCOPERTO, NEI LIMITI DEI FIDI CONCESSI; CONTRARRE MUTUI E STIPULARE QUALUNQUE CONTRATTO BANCARIO, ED EFFETTUARE TUTTE LE OPERAZIONI BANCARIE E COMMERCIALI CHE RITERRA' UTILI PER LA SOCIETA'; RICHIEDERE FINANZIAMENTI ANCHE AGEVOLATI.

IN SEDE DI NOMINA POSSONO TUTTAVIA ESSERE INDICATI LIMITI AI POTERI DEGLI AMMINISTRATORI.

NEL CASO DI NOMINA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, QUESTO PUO' DELEGARE TUTTI O PARTE DEI SUOI POTERI AD UN COMITATO ESECUTIVO COMPOSTO DA ALCUNI DEI SUOI COMPONENTI, OVVERO AD UNO O PIU' DEI SUOI COMPONENTI, ANCHE DISGIUNTAMENTE. IN QUESTO CASO SI APPLICANO LE DISPOSIZIONI CONTENUTE NEI COMMI TERZO, QUINTO E SESTO DELL'ART. 2381 C.C.. NON POSSONO ESSERE DELEGATE LE ATTRIBUZIONI INDICATE NELL'ART. 2475 QUINTO COMMA C.C.. NEL CASO DI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE FORMATO DA DUE MEMBRI, QUALORA GLI AMMINISTRATORI NON SIANO D'ACCORDO CIRCA LA EVENTUALE REVOCA DI UNO DEGLI AMMINISTRATORI DELEGATI, ENTRAMBI I MEMBRI DEL CONSIGLIO DECADANO DALLA CARICA E DEVONO ENTRO TRENTA GIORNI SOTTOPORRE ALLA DECISIONE DEI SOCI LA NOMINA DI UN NUOVO ORGANO AMMINISTRATIVO.

NEL CASO DI NOMINA DI PIU' AMMINISTRATORI, AL MOMENTO DELLA NOMINA I POTERI DI AMMINISTRAZIONE POSSONO ESSERE ATTRIBUITI AGLI STESSI CONGIUNTAMENTE, DISGIUNTAMENTE O A MAGGIORANZA, OVVERO ALCUNI POTERI DI AMMINISTRAZIONE POSSONO ESSERE ATTRIBUITI IN VIA DISGIUNTA E ALTRI IN VIA CONGIUNTA. IN MANCANZA DI QUALSIASI PRECISAZIONE NELL'ATTO DI NOMINA, IN ORDINE ALLE MODALITA' DI ESERCIZIO DEI POTERI DI AMMINISTRAZIONE, DETTI POTERI SI INTENDONO ATTRIBUITI AGLI AMMINISTRATORI DISGIUNTAMENTE TRA LORO. NEL CASO DI AMMINISTRAZIONE

CONGIUNTA, I SINGOLI AMMINISTRATORI NON POSSONO COMPIERE ALCUNA OPERAZIONE, SALVI I CASI IN CUI SI RENDA NECESSARIO AGIRE CON URGENZA PER EVITARE UN DANNO ALLA SOCIETA'. POSSONO ESSERE NOMINATI DIRETTORI, INSTITUTEORI O PROCURATORI PER IL COMPIMENTO DI DETERMINATI ATTI O CATEGORIE DI ATTI, DETERMINANDONE I POTERI. QUALORA L'AMMINISTRAZIONE SIA AFFIDATA DISGIUNTAMENTE A PIU' AMMINISTRATORI, IN CASO DI OPPOSIZIONE DI UN AMMINISTRATORE ALL'OPERAZIONE CHE UN ALTRO INTENDE COMPIERE, COMPETENTI A DECIDERE SULL'OPPOSIZIONE SONO TUTTI GLI AMMINISTRATORI. L'AMMINISTRATORE UNICO HA LA RAPPRESENTA DELLA SOCIETA'. IN CASO DI NOMINA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, LA RAPPRESENTANZA DELLA SOCIETA' SPETTA AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE ED AI SINGOLI CONSIGLIERI DELEGATI, SE NOMINATI.
NEL CASO DI NOMINA DI PIU' AMMINISTRATORI LA RAPPRESENTANZA DELLA SOCIETA' SPETTA AGLI STESSI CONGIUNTAMENTE O DISGIUNTAMENTE, ALLO STESSO MODO IN CUI SONO STATI ATTRIBUITI IN SEDE DI NOMINA I POTERI DI AMMINISTRAZIONE.

Altri riferimenti statutari

clausole di recesso

Informazione presente nello statuto/atto costitutivo

2 Capitale e strumenti finanziari

Capitale sociale in Euro	Deliberato:	42.000,00
	Sottoscritto:	42.000,00
	Versato:	42.000,00
Quote	Numero quote:	42.000
	Valore:	1,00 Euro

3 Soci e titolari di diritti su azioni e quote

Elenco dei soci e degli altri titolari di diritti su azioni o quote sociali al 30/03/2009

pratica con atto del 29/04/2008

capitale sociale

Data deposito: 28/03/2009

Data protocollo: 30/03/2009

Numero protocollo: KR-2009-2625

Capitale sociale dichiarato sul modello con cui è stato depositato l'elenco dei soci: 42.000,00 Euro

Proprieta'

SANTORO COSTANZA

Quota di nominali: 10.500,00 Euro

Codice fiscale: SNTCTN72B43D122E

Tipo di diritto: proprieta'

Proprieta'

PROGETTO TERZA ETA' S.R.L.

Quota di nominali: 21.000,00 Euro

Codice fiscale: 91024130790

Denominazione del soggetto alla data della denuncia: PROGETTO TERZA ETÀ SRL

Tipo di diritto: proprieta'

Proprieta'

ALLO' GIUSEPPE

Quota di nominali: 10.500,00 Euro

Codice fiscale: LLAGPP61A31C725Q

Tipo di diritto: proprieta'

4 Amministratori

Amministratore
Amministratore

NAPOLI CARLO
SANTORO COSTANZA

Rappresentante dell'impresa
Rappresentante dell'impresa

Forma amministrativa adottata piu' amministratori

Numero amministratori in carica: 2
Durata in carica: fino alla revoca

Elenco amministratori

Amministratore NAPOLI CARLO

residenza

Rappresentante dell'impresa
Nato a CROTONE (KR) il 10/11/1966
Codice fiscale: NPLCRL66S10D122B
CROTONE (KR)
PIAZZA CASTELLO 20 CAP 88900

carica

amministratore

poteri

Nominato con atto del 20/11/2007

POTERI DI AMMINISTRAZIONE E RAPPRESENTANZA IN FORMA DISGIUNTA PER GLI ATTI DI ORDINARIA AMMINISTRAZIONE E CONGIUNTA PER GLI ATTI DI STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE.

Amministratore SANTORO COSTANZA

residenza

Rappresentante dell'impresa
Nata a CROTONE (KR) il 03/02/1972
Codice fiscale: SNTCTN72B43D122E
CROTONE (KR)
ROSARIO LIVATINO 1 CAP 88900

carica

amministratore

poteri

Nominato con atto del 20/11/2007

POTERI DI AMMINISTRAZIONE E RAPPRESENTANZA IN FORMA DISGIUNTA PER GLI ATTI DI ORDINARIA AMMINISTRAZIONE E CONGIUNTA PER GLI ATTI DI STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE.

5 Attività, albi ruoli e licenze

Addetti

7

Data d'inizio dell'attività dell'impresa 17/11/1990

Attività esercitata

GESTIONE E AMMINISTRAZIONE DI LABORATORI DI ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE.

Attività

Inizio attività
(informazione storica)

Data inizio dell'attività dell'impresa: 17/11/1990

attività esercitata nella sede legale

GESTIONE E AMMINISTRAZIONE DI LABORATORI DI ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE.

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

Codice: 86.90.1 - laboratori di analisi cliniche, laboratori radiografici ed altri centri di diagnostica per immagini
Importanza: P - primaria Registro Imprese
Data inizio: 17/11/1990

Addetti
(informazione di sola natura statistica)

Numero addetti dell'impresa rilevati nell'anno 2015
(Dati rilevati al 31/12/2015)

	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Valore medio
Dipendenti	7	7	7	7	7
Indipendenti	0	0	0	0	0
Totale	7	7	7	7	7

Licenze

licenze/autorizzazioni

Licenza/autorizzazione: MINISTERO DELLA SALUTE
Numero: 1774 del 29/04/1960
Tipo: autorizzaz. gabinetto analisi cliniche

6 Sede ed unità locali

Indirizzo Sede Legale	CROTONE (KR) VIA G. PAOLO II 48 CAP 88900
Telefono	0962 21712
Indirizzo PEC	laboratoriovia@pec.it
Partita IVA	00937920791
Numero REA	KR - 136066
Data iscrizione	21/12/1990

Sede

Iscrizione REA

Numero repertorio economico amministrativo (REA): 136066
Data iscrizione: 21/12/1990

impresa di provenienza

Provincia di provenienza: CATANZARO

sede legale

Numero repertorio economico amministrativo: CZ - 136066

indirizzo elettronico

CROTONE (KR)

VIA G. PAOLO II 48 CAP 88900

Telefono: 0962 21712

partita Iva

Indirizzo pubblico di posta elettronica certificata: laboratoriovia@pec.it

00937920791

7 Storia delle modifiche dal 15/04/2016

Protocolli evasi nell'anno 2016	1
---------------------------------	---

Atti iscritti e/o depositati nel Registro Imprese

Protocollo n. 2740/2016
del 15/04/2016

moduli
Iscrizioni

S2 - modifica societa', consorzio g.e.i.e, ente pubblico econ.
Data iscrizione: 15/04/2016

VARIAZIONE INDIRIZZO PEC IMPRESA. INDIRIZZO PEC PRECEDENTE:
POSTA_AZIENDE@PEC.IT

**Sedi secondarie e unità locali
cessate**

Non sono state richieste informazioni su unità locali cessate

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

IL sottoscritto (nome e cognome) **SALVATORE CIMIERI** nato A **CROTONE** Prov. KR IL 08/06/1968
residente a **CROTONE** via/ **SAFFO** ,59
in qualità di **DIRETTORE TECNICO SANITARIO**
della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL** sito in **Crotone** via **Giovanni**
Paolo II ,48 **88900 CROTONE**

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 NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7
L. 412/1991

CROTONE, 26/05/2016

firma leggibile del dichiarante(*)



CIMIERI

Cognome **SALVATORE**

Nome **08-06-1968**

nato il **772 P 1 S A**

(atto n. **CROTONE (KR)**)

Cittadinanza **ITALIANA**

Residenza **CROTONE**

Via **SAVVO N.59**

Stato civile **CONIUGATO**

Professione **BIOLOGO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1.65**

Capelli **CASTANI**

Occhi **CASTANI**

Segni particolari **//////////**



Forma del titolare *Cimieri Salvatore*

CROTONE // **31-10-2006**

Impronta del dito
in linea sinistra

IL SINDACO
P. IL SINDACO
VICENZO SENATORE



Scadenza **31-10-2011**

Totale diritti Euro **5,42**



AN 3418269

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

Il funzionario incaricato dal Sindaco
Vincenzo Benedetto



IP 23 104 - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CROTONE

CARTA D'IDENTITA'

N° AN 3418269

DI
**CIMIERI
SALVATORE**

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

IL sottoscritto (nome e cognome) **AUDIA ROSA** nata **A BADEN** IL **18/09/1979** residente a **SAN GIOVANNI IN FIORE (CS) via/piazza**
in qualità di **TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO**
della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL** sito in **Crotone via Giovanni Paolo II ,48 88900 CROTONE**

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 NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7 L. 412/1991

CROTONE,
26/05/2016

IL dichiarante
Rosa Audia

Cognome AUDIA
 Nome ROSA
 nato il 19/09/1979
 (atto a BADEN I CH)
 a
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza SAN GIOVANNI IN FIORE (CS)
 Via S. FRANCO D'ASSISI 104
 Stato civile *****
 Professione *****

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura mt 1,65
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari NESSUNO



Firma del titolare *Rosa Audia*
 S. GIOV. IN FIORE 14/06/2006

Impronta del dito indice sinistro	
SEGRETARIA	0,26
CARTE ID.	0,16
TOTALE	0,42

IL SINDACO
 d'ordine del sindaco
Rita De Paola



VALIDITA' PROROGATA
 ai sensi dell'art. 31 D.L. N. 112/2001
 fino al 13 GIU. 2016
 l'ordine del Sindaco
Rita De Paola



SCADENZA - 13/06/2011

AM7487281



REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
 SAN GIOVANNI IN FIORE
 (CS)
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AM7487281
 DI
 AUDIA
 ROSA

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

IL sottoscritto (nome e cognome)MUTO GIOVANNINA nata A ISOLA DI CAPO RIZZUTO Prov. KR IL
25/04/1969 residente a CROTONE via/piazza VENEZIA
in qualità di **INFERMIERE PROFESSIONALE**
della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL** sito In Crotone via Giovanni
Paolo II ,48 88900 CROTONE

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 NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7
L. 412/1991

CROTONE ,

firma leggibile del dichiarante(*)

26.5.2016

Muto Giovannina

Cognome MUTO
 Nome GIOVANNINA
 nato il 25-04-1969
 (atto n. 86 P. 1 S. A.)
 a ISOLA DI CAPO RIZZUTO (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via VENEZIA N. 99
 Stato civile CONIUGATA
 Professione INFERMIERA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1,67
 Capelli CASTANO CHIARO
 Occhi MARRONI
 Segni particolari



Firma del titolare *M. Muto*
 CROTONE il 06-10-2015
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGAT
(Bisagio Angotti)
Bisagio Angotti



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

IL sottoscritto (nome e cognome) **AUDITORE CINZIA** nata A CROTONE Prov. KR IL 15/02/1977
residente a CROTONE via/piazza **RUSSIA**
in qualità di **RESPONSABILE ACCETTAZIONE SEGRETERIA**
della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL** sito in Crotone via **Giovanni
Paolo II ,48 88900 CROTONE**

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 NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7
L. 412/1991

CROTONE ,

26/05/2016

firma leggibile del dichiarante(*)

Aud. Irene Ormae

1. Cognome **AUDITTORE**

2. Nome **CINZIA**

3. Data e luogo di nascita **15/02/1977**

4. Residenza **CROTONE (CZ)**

Via **117 VENEZIA**



Il Funzionario
della
CINZIA
Autorizzazione Cirle

FIRMA DEL TITOLARE

5. Patente N. **CZ50222469W**

6. Rilasciata dalle M.C.T.C. di **CZ**

7. Il **A.10.1995**

8. Validità fino al **A.10.2006**

Imposta di bollo
dell'art. 1 della
legge n. 425

B L

Auditore

Imposta di bollo
dell'art. 1 della
legge n. 425

Categorie di veicoli per cui la patente è valida del

Categoria	Simbolo	Limitazione	Validità
A	A1, A2, A3	125 cc, 125 W, 125 W/kWh	XXXXXX
B	B1, B2	125 cc, 125 W	PAG. 2
C	C1, C2	500 cc	XXXXXXXXXX
D	D1, D2	1200 cc	XXXXXXXXXX
E	E1, E2	1200 cc	XXXXXXXXXX

INDICAZIONI ADDIZIONALI

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(07CZ047702)
RILASCIO PER ESAME
TCG ANNO RILASCIO ASSOI

GUIDA CON LENTI.

LIMITAZIONI ART 117 C.I.

CAT. B DA DATA RILASCIO

CZ50222469W

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

La sottoscritta (nome e cognome) **SANTORO COSTANZA** nata A CROTONE Prov. KR IL 03/02/1972
residente a BOLOGNA VIALE ANGELO MASINI ,4
in qualità di **RESPONSABILE AMMINISTRATIVO**
della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL** sito in Crotone via Giovanni
Paolo II ,48 88900 CROTONE

**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 NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7
L. 412/1991**

CROTONE 25/05/2016

firma leggibile del dichiarante(*)

Santoro Costanza

Cognome **SANTORO**
 Nome **COSTANZA**
 nato il **03-02-1972**
 (atto n. **193** . P. **1** . S. **S** . A. **A**)
 a **CROTONE (CZ)** (.....)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE (KR)**
 Via **ROSARIO LIVATINO N.1**
 Stato civile **CONIUGATA**
 Professione **IMPIEGATA**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,70**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **///////**



Firma del titolare *Santoro Costanza*
CROTONE il **29-06-2015**

Impronta del dito indice sinistra
IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Paola...
Giuseppe...



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

IL sottoscritto (nome e cognome)STRAMANDINOLI LUANA nata A CROTONE IL 06/04/1989
residente a CROTONE (KR) via/piazza
in qualità di RESPONSABILE ACCETTAZIONE E SEGRETERIA
della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL sito in Crotone via Giovanni
Paolo II ,48 88900 CROTONE

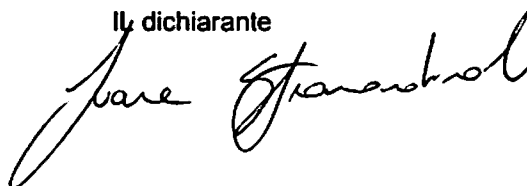
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza
dal benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la
propria responsabilità

DICHIARA

**CHE NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7
L. 412/1991**

CROTONE , 26/05/2016

Il dichiarante



Cognome STRAMANDINOLI
 Nome LUANA
 nato il 06-04-1989
 (atto n. 469 P. 1 S. A)
 a CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via FRANCESCO CILEA N.5
 Stato civile NUBILE
 Professione SEGRETARIA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1.68
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari



Firma del titolare *Jose Stramandinoli*
 CROTONE il 25-06-2015

Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Pantalone Lomanto
Luana

Scadenza 06-04-2026
 Totale diritti Euro 5,42

 AV 9451631

REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI CROTONE
CARTA D'IDENTITA'
 N° AV 9451631
 DI
 STRAMANDINOLI
 LUANA

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

IL sottoscritto (nome e cognome) SEMINARA SILVANA nata A ROCCABERNARDA IL 17/11/1956
residente a ROCCABERNARDA (KR) via/piazza VIA TORRETTA
in qualità di BIOLOGA
della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL sito in Crotone via Giovanni
Paolo II ,48 88900 CROTONE

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 NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7
L. 412/1991**

CROTONE ,

IL dichiarante

Seminara Silvana

26.05.16

Cognome **SEMINARA**
 Nome **SILVANA**
 nato il **17-11-1956**
 (atto n. **83** **I** **A** **1956**)
ROCCABERNARDA
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **ROCCABERNARDA (KR)**
 Via **TORRETTA 22**
 Stato civile **cgt VENTURINO**
 Professione **BIOLOGO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **167**
 Capelli **Castani**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari **NULLA**



Firma del titolare *Silvana Seminara*

ROCCABERNARDA il **01-12-2014**
 IL SINDACO
 Impronta del dito indice sinistro
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
 (Grisolia G. Battista)

scadenza : **17-11-2025**
 diritti : **6,00**



AV 4156757

UP23.44 - DCV ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
ROCCABERNARDA

CARTA D'IDENTITA'
 N° **AV 4156757**
 DI
SEMINARA SILVANA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

La sottoscritta SANTORO COSTANZA nato/a a CROTONE (kr) il 03/02/1972

residente a BOLOGNA in Via ANGELO MASINI n4

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

Dichiara

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000:

DI POSSEDERE DELLE QUOTE NOMINALI DEL LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL ,DICHIARA INOLTRE CHE NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7 L. 412/1991

CROTONE , 25/5/2016

IL DICHIARANTE

Santoro Costanza

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.

Cognome **SANTORO**
Nome **COSTANZA**
nato il **03-02-1972**
(atto n. 193 P. 1 S A)
a **CROTONE (CZ)** ()
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **CROTONE (KR)**
Via **ROSARIO LIVATINO N.1**
Stato civile **CONIUGATA**
Professione **IMPIEGATA**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura **1,70**
Capelli **CASTANI**
Occhi **CASTANI**
Segni particolari **//////////**


Firma del titolare *Santoro Costanza*
CROTONE il **29-06-2015**
IL SINDACO
Impronta del dito
Indice sinistro
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Pantalone Pasquale
Y. Santoro



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto ALLO' GIUSEPPE nato/a a CIRO' MARINA (kr) il 31/01/1961

residente a CIRO' MARINA_in Via DELLA LIBERTA' __n31

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

Dichiara

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000:

DI POSSEDERE DELLE QUOTE NOMINALI DEL LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL ,DICHIARA INOLTRE CHE NON SUSSISTONO SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 4 , COMMA 7 L. 412/1991

CROTONE , 25/05/2016

IL DICHIARANTE



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.

Cognome ALLO'
 Nome GIUSEPPE
 nato il 31/01/1961
 (atto n. 19 P I S A)
 a CIRO (KR)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CIRO' MARINA
 Via DELLA LIBERTA' 31
 Stato civile coniugato
 Professione BIOLOGO/A
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 179
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari

Firma del titolare *Giuseppe Allo'*
 CIRO' MARINA L. 07/2009
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 D.Ordine del Sindaco
 (LEADER)

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **LLAGPP61A31C725Q** Sesso **M**

Cognome **ALLO'**
 Nome **GIUSEPPE**
 Luogo di nascita **CIRO'**

Provincia **CZ**
 Data di nascita **31/01/1961**

Data di scadenza **05/05/2017**

Scadenza: 14/07/2019

Spese diritti € 5,42

AR 0283491

IPZS S.p.A. - OFFICINA S.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CIRO MARINA

CARTA D'IDENTITA'

N° AR 0283491

DI
ALLO'
GIUSEPPE

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



ALLO'

GIUSEPPE

31/01/1961

LLAGPP61A31C725Q SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001800026524034

05/05/2017

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

IL sottoscritto (nome e cognome) CARLO NAPOLI

nato a CROTONE (kr) il 10/11/1966 residente a CROTONE IN PIAZZA CASTELLO 20

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE

della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL

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.

Crotone 25.05.2016
data

Carlo Napoli
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.

(*) Ove il richiedente è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori, soci, sindaci direttori tecnici e procuratori.

Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1968
 (atto n. 1549 P. 1 S. A.)
 di CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via PIAZZA CASTELLO N.20
 Stato civile CONIUGATO
 Professione FARMACISTA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1,74
 Capelli CASTANI
 Occhi VERDI
 Segni particolari ////////////////


 Firma del titolare *Carlo Napoli*
 CROTONE il 22-11-2014
 Impresa del dolo
 e del dolo
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Biagio Carozzini)
Biagio Carozzini

Scadenza 10-11-2025
 Totale diritti Euro 5,42
 AV 4153597


REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI
 CROTONE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AV 4153597
 DI
 NAPOLI
 CARLO

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

IL sottoscritto (nome e cognome) ALLO' GIUSEPPE

nato a CIRO' MARINA (kr)il 31/01/1961 residente a Ciro' Marina IN Via Libertà ,31

in qualità di SOCIO

della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL

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.

Crotone 25/5/2016
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.

(*) Ove il richiedente è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori, soci, sindaci direttori tecnici e procuratori.

Cognome ALLO'
 Nome GIUSEPPE
 nato il 31/01/1961
 (atto n. 19 P. I S. A)
 a CIRO (KR)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CIRO MARINA
 Via DELLA LIBERTA' 31
 Stato civile coniugato
 Professione BIOLOGO/A
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 179
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari



Firma del titolare *Giuseppe Allo'*
 CIRO MARINA il 23/07/2008

Impronta del dito
 indice sinistro



REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **LLAGPP61A31C725Q** Sesso **M**

Cognome **ALLO'**
 Nome **GIUSEPPE**

Luogo di nascita **CIRO**

Provincia **CZ**

Data di nascita **31/01/1961**

Data di scadenza **05/05/2017**

Scadenza: 14/07/2019

Spese diritti € 5,42

AR 0283491



1928 - 44 - OFFICINA 27 - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



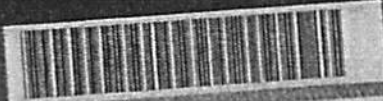
COMUNE DI
CIRO MARINA

CARTA D'IDENTITA'

N° AR 0283491

DI
ALLO
GIUSEPPE

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



ALLO'

31/01/1961

GIUSEPPE

LLAGPP61A31C725Q SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001800026524034

05/05/2017

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

LA sottoscritta (nome e cognome) SANTORO COSTANZA
nato a CROTONE (kr)il 03/02/1972 residente a BOLOGNA IN VIA ANGELO MASINI ,4
in qualità di SOCIO
della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL

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.

26/5/2016
data

Santoro Costanza
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.

(*) Ove il richiedente è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori, soci, sindaci direttori tecnici e procuratori.

Cognome **SANTORO**
 Nome **COSTANZA**
 nato il **03-02-1972**
 (atto n. 193... P. 1... 5 A)
 a **CROTONE (CZ)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE (KR)**
 Via **ROSARIO LMATINO N.1**
 Stato civile **CONIUGATA**
 Professione **IMPIEGATA**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,70**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **//////////**



Firma del titolare *Santoro Costanza*
CROTONE il **29-06-2015**

IL SINDACO
 Impronta del dito
 indice scritto
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Paolino Costanza
Paolino Costanza



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

IL sottoscritto (nome e cognome) CIMIERI SALVATORE

nato a CROTONE (kr)il 08/06/1968 residente a CROTONE IN VIA SAFFO ,59

in qualità di DIRETTORE TECNICO SANITARIO

della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL

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.

Crotone 26/05/2016
data

Cimieri Salvatore
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.

(*) Ove il richiedente è una società l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori, soci, sindaci direttori tecnici e procuratori.

CIMIERI
 Cognome
 SALVATORE
 Nome
 nato il 03-06-1968
 (atto n. 772 p. 1 s. A)
 a CROTONE (KR)
 ITALIANA
 Città di nascita
 Residenza CROTONE
 Via SAFFO N.59
 Stato civile CONIUGATO
 Professione BIOLOGO

CONIOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1.65
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari



Firma del titolare Cimieri Salvatore
 CROTONE 31-10-2006

Impressa del dito indice sinistro

IL SINDACO
 P. IL SINDACO
 VINCENZO SENATORE

Scadenza 31-10-2016

Totale diritti Euro 5,42



AN 3418269

Validità prorogata ai sensi dell'Art. 37 del D.L. 25/06/2008 n° 112 fino al 31/10/2016

Il funzionario incaricato dal Sindaco
 - Vincenzo Senatore

IPZS SPA - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI CROTONE

CARTA D'IDENTITA'

N° AN 3418269

DI
 CIMIERI
 SALVATORE

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

IL_ sottoscritto **CARLO NAPOLI** nato a **CROTONE** Prov (kr) il 10/11/1966 residente a **CROTONE** ,
Piazza Castello .20

Codice Fiscale **NPLCRL66S10D122B**

in qualità di **LEGALE RAPPRESENTANTE**

della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL**

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 avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Nome **TIZIANA MARIA**

Cognome **LONGO**

Luogo e data di nascita :CROTONE IL11/03/1975 residenza CROTONE Piazza Castello ,20

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.

Crotone 25.05.2016
data

Carlo Napoli
firma leggibile del dichiarante(*)

Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1966
 (atto n. 1549 P. 1 S. A)
 a CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via PIAZZA CASTELLO N.20
 Stato civile CONIUGATO
 Professione FARMACISTA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1,74
 Capelli CASTANI
 Occhi VERDI
 Segni particolari ////////////////



Firma del titolare *Carlo Napoli*
 CROTONE il 22-11-2014
 Impresa di cui il titolare è socio
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Bianca C. ...)
...

Scadenza 10-11-2025.
 Totale diritti Euro 5,42
 AV 4153597



PEC: ...

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI CROTONE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AV 4153597
 DI
 NAPOLI
 CARLO

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

IL_ sottoscritto Cimieri Salvatore nato a CROTONE Prov (kr)il 08/06/1968 residente a CROTONE ,
via Saffo ,59

Codice Fiscale **CMRSVT68H08D122L**

in qualità di **DIRETTORE TECNICO SANITARIO**

della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL**

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 avere i seguenti familiari conviventi di maggiore
età **:

Nome **VINCENZA**

Cognome **CARVELLO**

Luogo e data di nascita :CASTROVILLARI 20/03/1972 residenza CROTONE via Saffo ,59

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.

9/05/2016

data

Cimieri Salvatore

firma leggibile del dichiarante(*)

CIMIERI
 Cognome **SALVATORE**
 Nome **08-06-1968**
 nato il **772 P. 1 S. A**
 (atto n. **CROTONE (KR)**)
 a **ITALIANA**
 Cittadinanza **CROTONE**
 Residenza **SAFFO N.9**
 Via **CONIUGATO**
 Stato civile **BIOLOGO**
 Professione

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
1.65
 Statura
CASTANI
 Capelli
CASTANI
 Occhi
 Segni particolari



Firma del titolare *Cimieri Salvatore*
CROTONE **31-10-2006**

Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 P. IL SINDACO
VINCENZO SENATORE

Scadenza **31-10-2011**
 Totale diritti Euro **5,42**



AN **3418269**

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

Il Funzionario incaricato dal Sindaco
Vincenzo Senatore

IPZS SPA - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CROTONE

CARTA D'IDENTITA'
 N° AN **3418269**

DI
**CIMIERI
 SALVATORE**

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

IL_ sottoscritto ALLO' GIUSEPPE nato a Ciro' Marina Prov (kr)il 31/01/1961 residente A Ciro' Marina
via_ DELLA LIBERTA' n.31

Codice Fiscale LLAGPP61A31C725Q

in qualità di SOCIO

della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL

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 avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Nome MARIAROSA

Cognome TAVERNESE

Luogo e data di nascita :CIRO' MARINA 21/10/1972 residenzaCIRO' M. VIA DELLA LIBERTA',31

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

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.

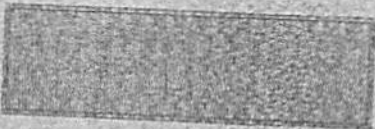
Crotone 25/05/2016
data


firma leggibile del dichiarante(*)

Scadenza: 14/07/2019

Spese diritti € 5,42

AR 0283491



IPZS S.p.A. - SPICINATO - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



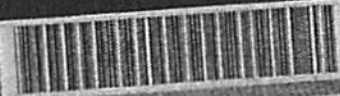
COMUNE DI
CIRO MARINA

CARTA D'IDENTITA'

N° AR 0283491

DI
ALLO'
GIUSEPPE

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



ALLO'

GIUSEPPE

31/01/1961

LLAGPP61A31C725Q SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001800026524034

05/05/2017

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

La sottoscritta **SANTORO COSTANZA** nato a **CROTONE** Prov (kr)il 03/02/1972 residente a **BOLOGNA** , viale Angelo Masini ,4

Codice Fiscale **CMRSVT68H08D122L**

in qualità di **socio**

della società **LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL**

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 avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età **:

Nome **MASSIMO**

Cognome **ALLO'**

Luogo e data di nascita :CIRO' 22/04/1957 residenza CROTONE via LIVATINO ,1

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.

25/5/2016
data

Santoro Costanza
firma leggibile del dichiarante(**)

Cognome SANTORO
 Nome COSTANZA
 nato il 03-02-1972
 (atto n. 193 P. 1 S A)
 a CROTONE (CZ) ()
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via ROSARIO LIVATINO N.1
 Stato civile CONIUGATA
 Professione IMPIEGATA

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura 1,70
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari



Firma del titolare *Santoro Costanza*
 CROTONE il 29-06-2015

Impresa del dolo
 indice s. n. r.

IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
Pantalone Santoro
[Signature]



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

Il sottoscritto Napoli Carlo , nato a Crotone il 10/11/1966 ,e ivi residente , Piazza Castello 20, C.F. NPLCRL66S10D122B nella qualità di Rappresentante Legale della struttura sanitaria privata "Laboratorio Analisi Cliniche Dr. Salvatore Via s.r.l."iscritta nel Registro delle strutture private accreditate con il S.S.R. al n° 193E6C come Laboratorio Generale di Base con settori specializzati : Chimica Clinica e Tossicologia più Ria, Microbiologia e Sieroimmunologia , accreditata con nuovo D.D.R.G n° 11739 del 06/08/2007 .

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci , e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese , agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 Settembre 1973 , n. 602

DICHIARA

Di osservare la normativa in materia antinfortunistica , impiantistica sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro .

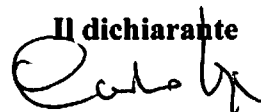
Presso la struttura è presente un documento di valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro .

Dichiara altresì di avere ottemperato a tutte le prescrizioni di cui al decreto legislativo del 9 Aprile 2008 , n.81 .

CROTONE ,25/05/2016

(Luogo e data)

Il dichiarante



Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1966
 (atto n. 1549 P. 1 S. A)
 a CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via PIAZZA CASTELLO N.20
 Stato civile CONIUGATO
 Professione FARMACISTA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1,74
 Capelli CASTANI
 Occhi VERDI
 Segni particolari ////////////////



Firma del titolare *Carlo Napoli*
 CROTONE il 22-11-2014
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Bianca Cingolli)
[Signature]

Scadenza 10-11-2025
 Totale diritti Euro 5,42
 AV 4153597



REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI
 CROTONE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AV 4153597
 DI
 NAPOLI
 CARLO

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

Il sottoscritto Napoli Carlo , nato a Crotone il 10/11/1966 ,e ivi residente , Piazza Castello 20, C.F. NPLCRL66S10D122B nella qualità di Rappresentante Legale della struttura sanitaria privata "Laboratorio Analisi Cliniche Dr. Salvatore Via s.r.l."iscritta nel Registro delle strutture private accreditate con il S.S.R. al n° 193E6C come Laboratorio Generale di Base con settori specializzati : Chimica Clinica e Tossicologia più Ria, Microbiologia e Sieroimmunologia , accreditata con nuovo D.D.R.G n° 11739 del 06/08/2007 .

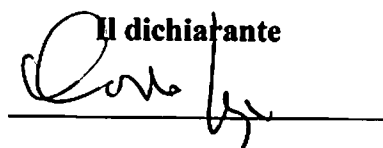
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci , e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese , agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 Settembre 1973 , n. 602

DICHIARA

L'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati e l'avvenuta adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione Calabria.

CROTONE ,25/05/2016

(Luogo e data)

Il dichiarante


Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1966
 (atto n. 1549 P. 1 S. A)
 Comune di CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via PIAZZA CASTELLO N.20
 Stato civile CONIUGATO
 Professione FARMACISTA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1,74
 Capelli CASTANI
 Occhi VERDI
 Segni particolari ////////////////



Firma del titolare *Carlo Napoli*
 CROTONE il 22-11-2014
 Imprimatur del Sindaco
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Biagio Carrozzini)
Biagio Carrozzini

Scadenza 10-11-2025
 Totale diritti Euro 5,42
 AV 4153597



REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI CROTONE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AV 4153597
 DI
 NAPOLI
 CARLO

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

Il sottoscritto Napoli Carlo , nato a Crotone il 10/11/1966 ,e ivi residente , Piazza Castello 20, C.F. NPLCRL66S10D122B nella qualità di Rappresentante Legale della struttura sanitaria privata "Laboratorio Analisi Cliniche Dr. Salvatore Via s.r.l."iscritta nel Registro delle strutture private accreditate con il S.S.R. al n° 193E6C come Laboratorio Generale di Base con settori specializzati : Chimica Clinica e Tossicologia più Ria, Microbiologia e Sieroimmunologia , accreditata con nuovo D.D.R.G n° 11739 del 06/08/2007 .

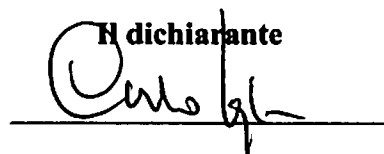
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci , e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese , agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 Settembre 1973 , n. 602

DICHIARA

Di ottemperare agli obblighi 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'aert..40 del D.L. 25 Giugno 2008 , n112 convertito con modificazione della legge 6 Agosto 2008 n. 133.

CROTONE ,25/05/2016

(Luogo e data)

Il dichiarante


Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1968
 (atto n. 1549 P. 1 S. A)
 a CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via PIAZZA CASTELLO N.20
 Stato civile CONIUGATO
 Professione FARMACISTA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura 1,74
 Capelli CASTANI
 Occhi VERDI
 Segni particolari ////////////////



Firma del titolare *Carlo Napoli*
 CROTONE il 22-11-2014
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Bianca Bigolli)
Bianca Bigolli

Scadenza 10-11-2025
 Totale diritti Euro 5,42
 AV 4153597




REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI
 CROTONE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AV 4153597
 DI
 NAPOLI
 CARLO