

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

L'anno 2015 il giorno VENTUNO del mese di Settembre in Crotona

TRA

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

E

ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE S.r.l.), erogatore di prestazioni di assistenza Odontoiatrica in persona del legale rappresentante p.t, Sig.ra Fazzari Aurelia PI.00380800794 sede legale in Torre Melissa Via Provinciale (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte, l'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte"

Premesso che:

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

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 5/1/2011 per la struttura Istituto Stomatologico Meridionale Srl sita in Torre Melissa , Via Provinciale, cod. struttura SSA057 cod. NSIS 005700(di seguito denominata "Struttura").
2. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di (~~casella corrispondente~~)

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

_____ p.l. ordinari _____ p.l. Dh/Ds _____
_____ p.l.ordinari _____ pl Dh/Ds _____

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

ODONTOIATRIA

assistenza riabilitativa psichiatrica per:

n. p.l. _____ residenziali;

n. trattamenti _____ semiresidenziali;

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

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

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

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

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

assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso per:

n. p.l. _____ residenziali;

n. trattamenti _____ semiresidenziali;

n. pl. _____ residenziali;

n. trattamenti _____ semiresidenziali;

Assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera per:

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

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

ARTICOLO 2

Documentazione e adempimenti

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 3

Oggetto del Contratto

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

Articolo 4

Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale

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

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

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

12. Il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa preventivato, distinte per tipologia e per tipo di ricovero (degenza ordinaria e degenza a ciclo diurno), per discipline e per classe di DRG devono obbligatoriamente essere riportate nell'allegato A) al presente atto. L'erogatore, con la firma del presente atto, s'impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di prestazioni. Eventuali deroghe motivate dovranno essere espressamente autorizzate dall'ASP territorialmente competente, previo parere vincolante del Dipartimento Tutela della Salute.
 13. Entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente atto, i Direttori Generali/Commissari delle ASP devono garantire il confronto tra gli erogatori privati accreditati e le Direzioni sanitarie dei singoli Presidi Ospedalieri, afferenti il territorio di rispettiva competenza, al fine di concordare forme di collaborazione finalizzate a decongestionare le UU.OO. di degenza per acuti delle strutture pubbliche, favorendo il trasferimento dei pazienti che necessitano di trattamenti in post-acuzie, fruibili presso le strutture accreditate, fermo restando il limite complessivo di budget assegnato.
2. Per l'erogazione delle **prestazioni di APA e PAC**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. ___ del _____ per l'anno 2015 è di _____, comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa.
 3. La struttura eroga prestazioni di **specialistica ambulatoriale**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. 85 del 21/07/2015 per l'anno 2015 è di € 104.254,00 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 2015 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 2015 è di € _____, come di seguito calcolato:

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

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

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

pl residenziali acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;
 n. p.l. _____ semiresidenziali trattamenti n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____ ;

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

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

pl residenziali acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;
 n. p.l. _____ semiresidenziali trattamenti n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____ ;

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

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

10. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'Erogatore la procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dell'art. 8 - quinquies,

ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE
 (D.P.G.R. N. 57 del 2/10/1980)
 88814 TORRE MELISSA (Kr)
 Tel./Fax 0982.865137
 P. Iva 00380800797

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dr. Sergio ARENA

comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

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

Articolo 5

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie

1. Le Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia di appropriatezza e qualità.
2. L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, e si impegna a tenere a disposizione dell'ASP e della Regione Calabria, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata.
3. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del S.S.R., è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal 17 novembre 1988 n. 350, dal DM 17 marzo 2008 e Decreto 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero attraverso lettera o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:
 - a. Dati anagrafici del paziente;
 - b. Tipo di trattamento richiesto.
- 3 bis Ai fini dell'appropriatezza e della corretta remunerazione, deve essere previsto, da parte delle UVM competenti per territorio, il controllo della coerenza tra le condizioni cliniche dei pazienti e il ricovero nelle diverse tipologie di strutture private eroganti prestazioni sanitarie e socio sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare, secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali in materia;
4. Le prestazioni sanitarie e socio sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.
5. L'Erogatore s'impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e socio sanitarie nel pieno rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. obbligandosi di osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art. 34 del richiamato Codice:

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

Articolo 6

Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

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

contratto ai sensi dell'art. 12;

Articolo 7

Tariffe e Corrispettivi

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

Articolo 8

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

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

Articolo 9

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto decorre dal 1 ° gennaio 2015 e avrà durata sino al 31 dicembre 2015.
2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni dei sinallagma che regolerà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, dovrà svolgere la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2016, le condizioni

oggi convenute con il presente contratto rimangono provvisoriamente confermate.

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

Articolo 10

Cessione del Contratto

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

Articolo 11

Cessione dei crediti

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

Articolo 12

Risoluzione per grave inadempimento

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

sospensione degli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico.

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

Articolo 13

Controversie

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

Articolo 14

Clausola di salvaguardia

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

Articolo 15

Registrazione

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

Articolo 16

Elezione di domicilio

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

CROTONE, 21 / 9 / 2015

L'Azienda Sanitaria Locale _____

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA
ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE
(D.P.G.R. N. 527 del 21/02/980)
88814 TORRE MELISSA (Kr)
Tel./Fax 0962.865137
P. Iva 0038080797

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

ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE
(D.P.G.R. N. 527 del 21/02/980)
88814 TORRE MELISSA (Kr)
Tel./Fax 0962.865137
P. Iva 0038080797

ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE Odontoiatria

Codice Struttura	Codice Prestazione	Descrizione Prestazioni	Volumi prestazioni Anno 2015	Budget 2015
005700	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	151	1.466,21
005700	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	350	10.573,50
005700	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	200	11.138,40
005700	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	13	92,96
005700	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]	235	13.653,50
005700	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	740	15.106,00
005700	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	830	27.888,00
005700	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	400	9.360,00
005700	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	45	3.486,00
005700	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	85	5.291,55
005700	89.7	VISITA GENERALE	300	6.198,00
Totale Budget al Lordo			3.349	104.254,00
Ticket stimato				1.644,00
Budget Netto				102.610,00
Budget Netto meno 1% (DCA n. 85/2015)				101.583,90

ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE S.r.l.
 (D.P.G.R. N. 527 del 21/02/1980)
 88814 TORRE MELISSA (Kr)
 Tel./Fax 0962.865137
 P. Iva 00380800797

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Sergio ARENA



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

La sottoscritta(nome e cognome) Fazzari Aurelia,nata a Antonimina,prov Rc, il 05/06/1942 residente a Torre Mellisa via Reggio Emilia n.6

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

DICHIARA

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

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

data 30/07/2015



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.

Cognome..... FAZZARI
 Nome..... AURELIA
 nato il..... 05 GIUGNO 1942
 (atto n..... 41 P. I. S. A)
 a..... ANTONIMINA (RC)
 Cittadinanza..... ITALIANA
 Residenza..... MELISSA FRAZ. TORRE
 Via..... REGGIO EMILIA, 6
 Stato civile..... VEDOVA PANETTA
 Professione..... PENSIONATA
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... M. 1,60
 Capelli..... CASTANI
 Occhi..... CASTANI
 Segni particolari.....



Firma del titolare: *Ornella Gian*

T. MELISSA I. 10.06.2015

IL SINDACO

Impronta del sigillo
indicat. UFFICIALE DANAGRAFE E STATO CIVILE

Melissa I.

Melissa I.

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

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

Il sottoscritto Aiello Antonio, nato a Cosenza, il 25/06/1974 e residente a Rossano (CS) in via
Imperia 6

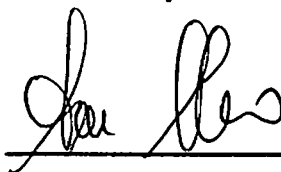
**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza
dal benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la
propria responsabilità**

DICHIARA

che 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.**

30/07/2015



firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

Il sottoscritto Aiello Antonio, nato a Cosenza, il 25/06/1974 e residente a Rossano (CS) in via Imperia 6

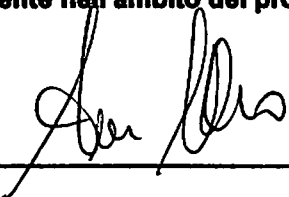
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

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

30/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

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

SCADE IL 03/07/2018

AR 0033057

Esatta €

502

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
ROSSANO

CARTA D'IDENTITA'

N° AR 0033057

DI
Aiello Antonio

Cognome	AIELLO
Nome	ANTONIO
Data	25/06/1974
Sex	35 II S A
Città	COSENZA - CS
Cittadinanza	ITALIANA
Residenza	ROSSANO (CS)
Via	IBERIA N. 4
Stato civile	CONIUGATO
Professione	ODONTOLATRA
CREDITI E CONTI SALIENTI	
Importo	1,80
Capo	CASTANI
Genere	CASTANI
Se ha particolari	NESSUNO

Antonio Aiello
ROSSANO 03/07/2008

Imposto di Bollo
Il Funzionario incaricato
Isabella SCIGLIANO

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

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

La Sottoscritta, Oliveti Marcella, nata a Crotone, Prov Kr, il 12/11/1971 e residente a Cotronei in, via dei laghi silani

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.

30/07/2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Oliveti', is written over a solid horizontal line.

firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

La sottoscritta, Oliveti Marcella, nata a Crotone, il 12/11/1971 e residente a Cotronei, in via dei laghi silani

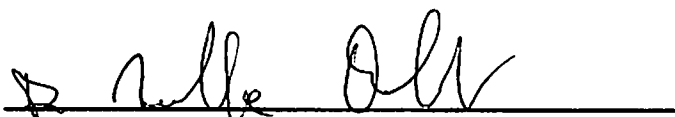
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

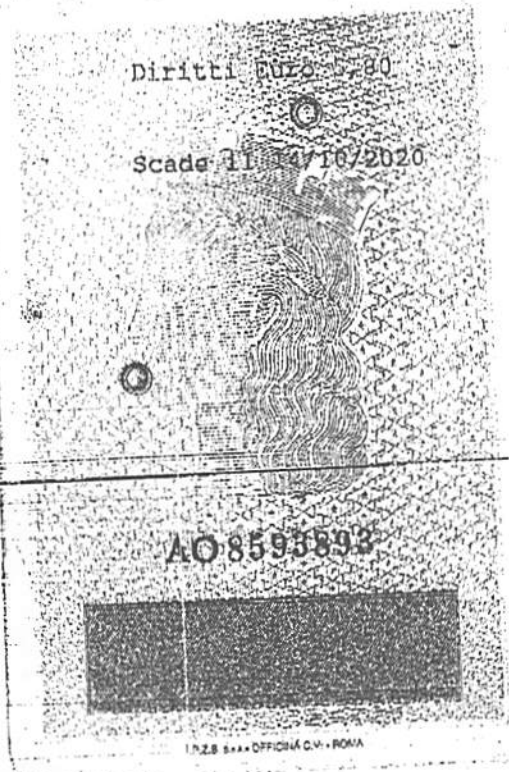
Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione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

30/07/2015
data

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Oliveti', is written over a solid horizontal line.

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.



Cognome OLIVETTI

Nome MARCELLA

nato il 12-11-1971

(atto n. 43^P 2 A.)

a CROTONE (KR)

Cittadinanza ITALIANA

Residenza COTRONEI (KR)

Via Via Laghi Silani n. 264

Stato civile NUBILE

Professione DENTISTA

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura 1,63

Capelli CASTANO-SCURI

Occhi CASTANO-SCURI

Segni particolari



Firma del titolare *Marcella Olivetti*

..... COTRONEI 15/10/2010

Impronta del **ISTRUTTORE DIRETTIVO**

..... *Roberto...*




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

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

La sottoscritta Yelamos Capel Carmen Luisa, nata a Almeria (Spagna) il 13/07/1982, e residente a Corigliano Calabro (Cs) in cda Cozzo Giardino

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.

30/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

La sottoscritta, Yelamos Capel Carmen Luisa, nata a Almeria (Spagna) il 13/07/1982, e residente a Corigliano Calabro (Cs) in cda Cozzo Giardino

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

DICHIARA

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

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

30/07/2015
data



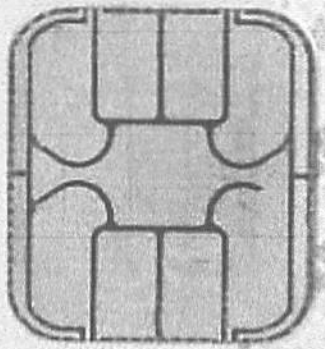
firma leggibile del dichiarante(*)

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



ESPAÑA

MINISTERIO DEL INTERIOR



1207G

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO

YELAMOS

SEGUNDO APELLIDO

CAPEL

NOMBRE

CARMEN LUISA

SEXO

F

NACIONALIDAD

ESP

FECHA DE NACIMIENTO

13 07 1982

IDESP

A0L125857

VÁLIDO HASTA

12 07 2023



DNI NÚM.

75230939D

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

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

Il sottoscritto, De Rosis Gianluca, nato a Corigliano Calabro (CS) il 31/01/1981, e residente a Corigliano Calabro (CS) in via provinciale n. 199

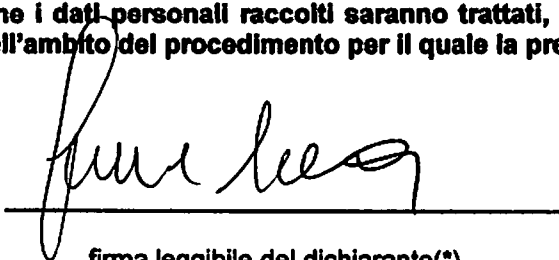
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

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.

30/07/2015



firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

Il sottoscritto, De Rosis Gianluca, nato a Corigliano Calabro (CS) il 31/01/1981, e residente a Corigliano Calabro (CS) in via provinciale n. 199

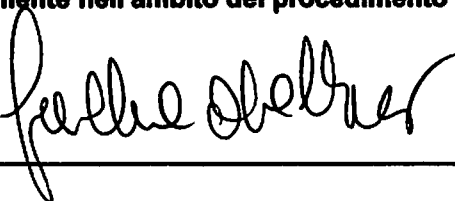
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

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

30/07/2015
data



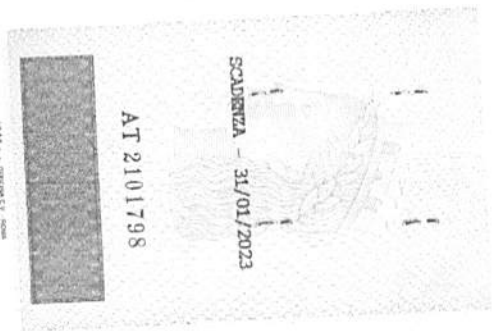
firma leggibile del dichiarante(*)

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

Cognome **DE ROSIS**
 Nome **GIAMBUCA**
 nato il **31/05/1981**
 (anno m. P. 49 S. 1 A.)
 a **CONSIGLIO CALABRO** C3
 a **IRPILINA**
 Circoscrizione **CONSIGLIO CALABRO (C3)**
 Residenza **PROVINCIALE 193**
 Via **STATO 11870**
 Stato civile **CONUGIATA**
 Professione **CONSIGLIERI E CONTRASSEGNI SALERNI**
 Summa **3** **1,75**
 Capelli **CASPIATI**
 Occhi **CASPIATI**
 Segni particolari **NESSUNO**

Firma dell'indagato **9/08/2012**
CONSIGLIO CALABRO
DORONIE DEL SINDACO
 Funzione dell'indagato **TELEFONAZIONE**
 in data **4/7/10** **Rica**
 SEGRETERIA **5,16**
 CATEG. IO: **5,42**
 TOTALE **10,58**





1218...0100001798

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

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

La sottoscritta, Scalise Emma Francesca, nata a Cosenza il 06/11/1975 e residente a Torre Melissa (KR) in via XX settembre

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.

30/07/2015



firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

La sottoscritta, Scalise Emma Francesca, nata a Cosenza il 06/11/1975 e residente a Torre Melissa (KR) in via XX settembre

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

DICHIARA

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

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

30/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

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

Cognome **SCALISE**
 Nome **EMMA FRANCESCA**
 nato il **06-11-1975**
 (atto n. **3448p 1 s. A 1975**)
 a **COSENZA (CS)**
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **MOTTA SANT'ANASTASIA (CT)**
 Via **BENEVENTO 7**
 Stato civile **cgt LA PLACA**
 Professione **CASALINGA**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **160**
 Capelli **Castani**
 Occhi **Cerulei**
 Segni particolari



Firma del titolare *Emma Francesca Scalise*
MOTTA SANT'ANASTASIA 01-06-2007

D'ORDINE DEL SINDACO
 Impronta del dito
 indice sinistro

Drago Giuseppe
GIUGLIANO DRAGO
 (Drago Giuseppe)

Scadenza : 31-05-2012
 Diritti : 5,42

Validità prorogata ai sensi
 dell'art. 31 del D.L. 25/05/08 n. 112
 fino al 06-11-2017

Valter Salvatore
AM 8788108

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
 MOTTA SANT'ANASTASIA

CARTA D'IDENTITA'
 N° AM 8788108
 DI
 SCALISE EMMA FRANCESCA

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

La sottoscritta (nome e cognome) Panetta Maria Stella, nata a Crotone, il 16/08/1971 residente a Torre Melissa via Reggio Emilia n.6

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

DICHIARA

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

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

data 30/07/2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Stella Panetta', written over a horizontal line.

firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

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

La sottoscritta (nome e cognome) Panetta Maria Stella, nata a Crotone, Prov. Kr, il 16/08/1971
residente a Torre Melissa via Reggio Emilia n°6


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.

30/07/2015



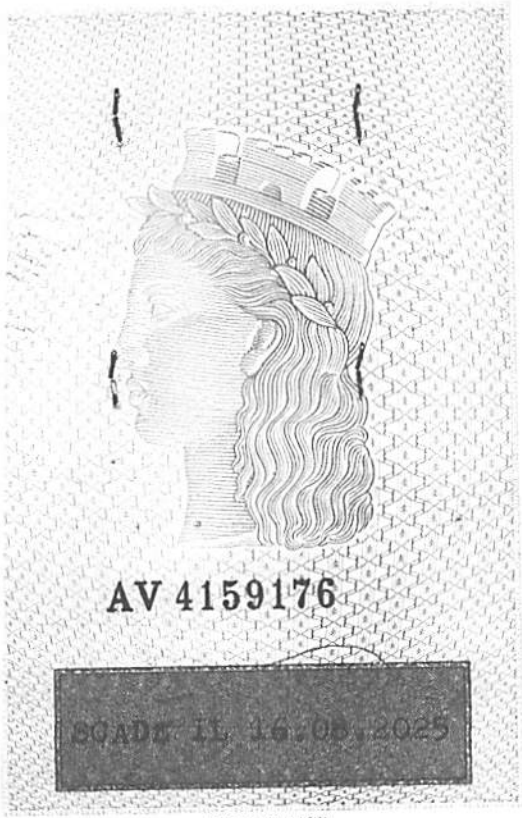
firma leggibile del dichiarante(*)

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.

Cognome PANETTA
 Nome MARIA STELLA
 nato il 16 AGOSTO 1971
 (atto n. 9 P. II S. A)
 a CROTONE (Crotone)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza MELISSA FRAZ. TORRE
 Via REGGIO EMILIA, 6/A
 Stato civile =====
 Professione IMPRENDITRICE
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura M. I. 74
 Capelli CASTANI
 Occhi CASTANI
 Segni particolari =====



Firma del titolare Maria Stella Panetta
 T. MELISSA // 19.02.2015
 Impresario Ufficiale d'Anagrafe e Stato Civile
 indice Ufficiale d'Anagrafe e Stato Civile



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

Il sottoscritto (nome e cognome) Panetta Umberto, nato a Villapiana, prov. Cs, il 18/10/1963 residente a Torre Melissa via Reggio Emilia n.6/A

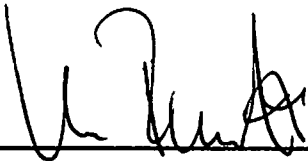
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

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

data 30/07/2015



firma leggibile del dichiarante(*)

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

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

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

Il sottoscritto, Panetta Umberto Salvatore, nato a Villapaiana il 18/10/1963 e prov (Cs) e residente a Torre Melissa in via Reggio Emilia 6/A

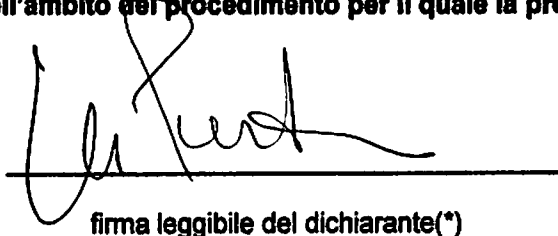
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

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.

30/07/2015


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.

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



N. prot. 1090/15



PROCURA della REPUBBLICA CROTONE

CERTIFICATO DEI CARICHI PENDENTI

Al nome di: **FAZZARI AURELIA**
data nascita: **05/06/1942**
luogo nascita: **ANTONIMINA - RC ITALIA**

Su richiesta dell'interessato si certifica, ai sensi dell'art. 60 c.p.p., che dal Registro Informatizzato delle Notizie di Reato di questa Procura della Repubblica con dati aggiornati al giorno 05/08/2015 alle ore 10:32:00 risultano i procedimenti penali in allegato.

Per uso Amministrativo.



Camera di Commercio
Crotone

Prot.:CEW/579/2015/CKR0063

27/7/2015

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

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE ORDINARIA

DATI IDENTIFICATIVI DELL'IMPRESA

Codice fiscale e numero d'iscrizione: 00380800797
del Registro delle Imprese di CROTONE
data di iscrizione: 19/02/1996

Iscritta nella sezione ORDINARIA il 19/02/1996

Iscritta con numero Repertorio Economico Amministrativo KR-78954 il 28/11/1978

Denominazione: ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE SOCIETA' A RESPONSABILITA'
LIMITATA

Forma giuridica: SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA

Sede:
MELISSA (KR) VIA PROVINCIALE, SNC CAP 88070
Frazione TORRE

indirizzo pubblico di posta elettronica certificata: ISTITUTOKR@MYPEC.EU

Costituita con atto del 10/06/1978

Durata della società:
data termine: 31/12/2021

OGGETTO SOCIALE:
REALIZZAZIONE E GESTIONE DI CENTRI ODONTOSTOMATOLOGICI.

SISTEMA DI AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO

- CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
numero componenti in carica: 3
durata in carica per 3 ANNI

INFORMAZIONI SULLO STATUTO

Poteri associati alla carica di CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE:
LA SOCIETA' E' AMMINISTRATA DA UN CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, CHE E' COMPOSTO
DA TRE MEMBRI, ANCHE NON SOCI, ED ELEGGE TRA I SUOI MEMBRI UN PRESIDENTE E, SE
DEL CASO, UN VICE PRESIDENTE, A MENO CHE NON VI ABBIAM GIA' PROVVEDUTO
L'ASSEMBLEA ALL'ATTO DELLA NOMINA DEL CONSIGLIO STESSO.
IL CONSIGLIO SI RADUNA NEL LUOGO INDICATO NELL'AVVISO DI CONVOCAZIONE TUTTE LE
VOLTE CHE IL PRESIDENTE LO GIUDICHI NECESSARIO O QUANDO NE SIA FATTA DOMANDA
SCRITTA DA ALMENO LA META' DEI MEMBRI O DAI SINDACI EFFETTIVI, SE NOMINATI.
L'AVVISO DI CONVOCAZIONE E' FATTO CON LETTERA RACCOMANDATA DA SPEDIRE ALMENO
OTTO GIORNI PRIMA ED IN CASO DI URGENZA A MEZZO DI TELEFAX DA SPEDIRE ALMENO DUE
GIORNI PRIMA DELLA DATA FISSATA PER LA RIUNIONE A CIASCUN MEMBRO DEL CONSIGLIO
ED AI SINDACI EFFETTIVI SE NOMINATI.
LE RIUNIONI DEL CONSIGLIO SONO PRESIDUTE DAL PRESIDENTE E, IN SUA ASSENZA, OVE
ESISTA, DAL VICE PRESIDENTE O DAL CONSIGLIERE DELEGATO. IN MANCANZA SONO
PRESIDUTE DAL CONSIGLIERE PIU' ANZIANO D'ETA'.





Camera di Commercio
Crotone

Prot.:CEW/579/2015/CKR0063

27/7/2015

PER LA VALIDITA' DELLE DELIBERAZIONI DEL CONSIGLIO E' NECESSARIA LA PRESENZA DELLA MAGGIORANZA DEGLI AMMINISTRATORI IN CARICA.
LE DELIBERAZIONI SONO PRESE A MAGGIORANZA DI VOTI DEI PRESENTI.
SE PER QUALSIASI CAUSA VIENE MENO LA MAGGIORANZA DEI CONSIGLIERI (OVVERO ANCHE UNO SOLO DEI CONSIGLIERI) DECADE L'INTERO CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE. NEL CASO INVECE SIANO STATI NOMINATI PIU' AMMINISTRATORI CON POTERI CONGIUNTI E/O DISGIUNTI SE PER QUALSIASI CAUSA VIENE A CESSARE ANCHE UN SOLO AMMINISTRATORE, DECADONO ANCHE GLI ALTRI AMMINISTRATORI. SPETTERA' AI SOCI CON PROPRIA DECISIONE PROCEDERE ALLA NOMINA DEL NUOVO ORGANO AMMINISTRATIVO. NEL FRATTEMPO IL CONSIGLIO DECADUTO O GLI ALTRI AMMINISTRATORI POTRANNO COMPIERE I SOLI ATTI DI ORDINARIA AMMINISTRAZIONE.
LA CESSAZIONE DEGLI AMMINISTRATORI PER SCADENZA DEL TERMINE HA EFFETTO DAL MOMENTO IN CUI IL NUOVO ORGANO AMMINISTRATIVO E' STATO RICOSTITUITO.

Clausole di recesso:

NEL CASO IN CUI IL SOCIO VOGLIA RECEDERE DALLA SOCIETA' NEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE O DAL PRESENTE ATTO COSTITUTIVO, DOVRA' COMUNICARE LA SUA INTENZIONE ALL'ORGANO AMMINISTRATIVO MEDIANTE LETTERA RACCOMANDATA A/R ENTRO SEI MESI DALL'ISCRIZIONE NEL REGISTRO DELLE IMPRESE DELLA DELIBERA CHE LEGITTIMA IL DIRITTO DI RECESSO; SE IL FATTO CHE LEGITTIMA IL RECESSO E' DIVERSO DA UNA DELIBERAZIONE DA ISCRIVERE AL REGISTRO DELLE IMPRESE, ESSO E' ESERCITATO ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA SUA CONOSCENZA DA PARTE DEL SOCIO. LE PARTECIPAZIONI PER LE QUALI E' ESERCITATO IL DIRITTO DI RECESSO NON POSSONO ESSERE CEDUTE.
I SOCI CHE RECEDONO DALLA SOCIETA' HANNO DIRITTO DI OTTENERE IL RIMBORSO DELLA PROPRIA PARTECIPAZIONE, AL VALORE DI MERCATO AL MOMENTO DELLA DICHIARAZIONE DI RECESSO.

Clausole di esclusione:

NEL CASO PREVISTO DALL'ART. 2466 C.C. E NEGLI ALTRI CASI PREVISTI DALLA LEGGE, L'ESCLUSIONE DEL SOCIO DEVE ESSERE APPROVATA DALL'ASSEMBLEA DEI SOCI CON APPOSITA DELIBERA.

IL SOCIO PUO' INOLTRE ESSERE ESCLUSO NEI SEGUENTI CASI:

- QUALORA IL SOCIO PER ALMENO DUE ANNI CONSECUTIVI NON ESERCITI ALCUN DIRITTO SOCIALE AD ESSO SPETTANTE;
- QUALORA IL SOCIO SIA DICHIARATO FALLITO O SUBISCA PROTESTI O AZIONI ESECUTIVE.

PER LA VALIDA COSTITUZIONE DELL'ASSEMBLEA E PER IL CALCOLO DELLA MAGGIORANZA RICHIESTA NON SI TIENE CONTO DELLA PARTECIPAZIONE DEL SOCIO DELLA CUI ESCLUSIONE SI TRATTA, AL QUALE PERTANTO NON SPETTA NEPPURE IL DIRITTO DI INTERVENTO NELL'ASSEMBLEA.

Modifiche statutarie - atti e fatti soggetti a deposito:

ADEGUAMENTO DELLO STATUTO ALLA NUOVA NORMATIVA IN TEMA DI SOCIETA' DI CAPITALI, AI SENSI DEL D.LGS 17 GENNAIO 2003 N. 6.

INFORMAZIONI PATRIMONIALI E FINANZIARIE

Capitale Sociale in EURO:

deliberato	252.840,00
sottoscritto	252.840,00
versato	252.840,00

conferimenti in DENARO

ATTIVITA'

Data d'inizio dell'attivita' dell'impresa: 20/06/1978

Dichiarazione ottemperanza in materia di diritto al lavoro dei disabili

La sottoscritta Fazzari Aurelia, nata il 05/06/1942 a Antonimia (RC), residente in Melissa frazione Torre, via Reggio Emilia n°6, codice fiscale FZZRLA42H45A3140, tel. 0962/865137, in qualità di rappresentante legale della struttura denominata: "denominata ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE s.r.l.", con sede legale in Melissa frazione Torre, cap. 88814, via Provinciale, tel/fax 0962/865137 P.IVA 00380800797.

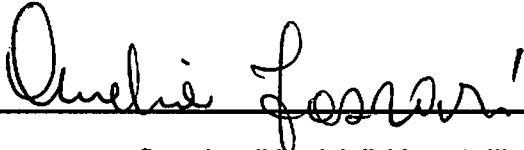
Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

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

data 30/07/2015



firma leggibile del dichiarante(*)



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 8819/2015/R

Al nome di:

Cognome **FAZZARI**
Nome **AURELIA**
Data di nascita **05/06/1942**
Luogo di Nascita **ANTONIMINA (RC) - ITALIA**
Sesso **F**

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

Si attesta che nella Banca dati del Casellario giudiziale risulta:

NULLA

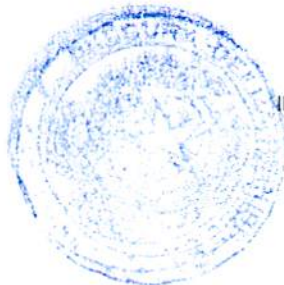
ESTRATTO DA: CASELLARIO GIUDIZIALE - PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI CROTONE

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

diritto di certificato

diritto di urgenza

CROTONE, 27/07/2015 10:34



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
COMITO Patrizia

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



ISTITUTO STOMATOLOGICO MERIDIONALE

Via XXIX Ottobre 88814 Torre Melissa (Kr)

RISORSE TECNOLOGICHE

STUDIO N. 1:

Poltrona odontoiatrica (riunito) marca Sirona completo di turbina, micromotore e apparecchio Ultrasuoni.

- 1 lampada fotopolimerizzante;
- 1 apparecchio per miscelatore automatico marca: "Pentamix 2"
- 1 climatizzatore

STUDIO N. 2:

Poltrona odontoiatrica (riunito) marca Sirona completo di turbina, micromotore e apparecchio Ultrasuoni..

- 1 lampada fotopolimerizzante,
- 1 apparecchio radiografico RX
- 1 miscelatore per amalgama
- 1 sterilizzatrice a quarzo marca CSM
- 1 climatizzatore

STUDIO N. 3:

Poltrona odontoiatrica (riunito) marca Ritter completo di turbina, micromotore e apparecchio Ultrasuoni.

- 1 lampada fotopolimerizzante,
- 1 climatizzatore
- 1 apparecchio radiografico RX
- 1 PC

SALA RAGGI:

Apparecchio radiografico Ortopantomografo

STANZA PER STERILIZZAZIONE:

- 1 sterilizzatrice Atoma Plus;
- 1 sterilizzatrice SK07 Faro;
- 1 Sigillatrice a caldo euroseal 2001

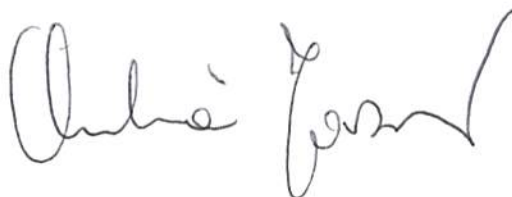
SALA D'ASPETTO:

- 1 climatizzatore;

UFFICIO:

- 1 Personal computer completo di stampante e modem per collegamento ad internet;

21.9.15



ISTITUTO STOMATOLOGICO *Meridionale* s.r.l.
(D.P.G.R. N. 527 del 21/02/1980)
88814 TORRE ME *1980* s.r.l.
Tel./Fax 0962.888.88
P. Iva 0038080079

ATTO DI DELEGA

LA SOTTOSCRITTA FAZZARI AURELIA, NATA A ANTONIMINA, IL 05.06.1942,
RESIDENTE IN MELISSA- FRAZ. TORRE MELISSA, VIA REGGIO EMILIA, CON
LA PRESENTE, IN QUALITA' DI PRESIDENTE DELL'ISTITUTO STOMATOLOGICO
MERIDIONALE, IN NOME E PER CONTO DELLO STESSO;

DELEGA

IL SIG. PANETTA UMBERTO SALVATORE NONCHE' VICE PRESIDENTE
DEL SUCCITATO ISTITUTO, NATO A VILLAPIANA, IL 18.10.1963 ALLA STIPULA
DEL CONTRATTO INTEGRATIVO ANNO 2015 PRESSO L'A.S.P. DI CROTONE.
TORRE MELISSA, LI 30.07.2015

LA DELEGANTE

Aurelia Fazzari

COMUNE DI MELISSA (KR)
AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE
(Art. 21 T.U.)

Attesto che la sottoscrizione di FAZZARI AURELIA
nata a ANTONIMINA il 05-06-1942
è stato autenticato mediante CONOSCENZA PERSONALE

è stata apposta in mia presenza e che la stessa è autentica.

Data 30/07/2015

FUNZIONARIO INCARICATO DAL SINDACO



Umberto Salvatore

Cognome **PANETTA**
Nome **UMBERTO SALVATORE**
nato il **18 OTTOBRE 1963**
(atto n. **59** P. I. S. A.)
a **VILLAPIANA (Cosenza)**
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **MELISSA FRAZ. TORRE**
Via **REGGIO EMILIA, 6/A**
Stato civile **=====**
Professione **IMPREDITORE**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura **M. I., 80**
Capelli **CASTANI**
Occhi **CASTANI**
Segni particolari **=====**



Firma del titolare *U. Panetta*
T.MELISSA li. 23.02.2011

Impronta del dito
indice sinistra

IL SINDACO

U. Panetta

AR 0289445

SCADE IL 22.02.2021

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
MELISSA

CARTA D'IDENTITA'

N° AR 0289445

DI

PANETTA

UMBERTO SALVATORE