

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 Novembre in Crotone

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone con sede legale in Crotone 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 Crotone 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;

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

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

- che le tariffe regionali applicate sono quelle *ratione temporis* vigenti;
- che la definizione dei *budget* rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento.

VISTI:

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

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

Articolo 1

Identificazione della struttura e dichiarazioni

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento n. 1 del 5 Gennaio 2015, per la struttura LABORATORIO ANALISI CLINICHE S. VIA srl sita in Crotona 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/e casella/e corrispondente/i*)

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

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

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

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;

LABORATORIO ANALISI CLINICHE

VIA S.f.l.
 Via Giovanni Paolo II, 48
 tel. e fax 0962.21712 - Crotona
 Partita Iva 00937920791

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.

LABORATORIO ANALISI CLINICHE

VIA s.r.l.

Via Giovanni Paolo II, 48
Tel. e fax 0962/21712 - Crotona
Partita Iva 30937920791

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.85 del 21/7/2015 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

LABORATORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
Tel. e fax 0962.21712 - Crotone
Partita Iva 30937920791

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 21/7/2015**, per l'anno 2015 è di € **269.882,00** (al lordo del ticket e dello sconto dell'1%) 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:

5.1.RSA Anziani: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____ - _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.2.RSA Disabili: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____ - _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.3.CP Anziani: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____ - _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.4.CP Disabili: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg. = € _____ - _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'erogatore, la

procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dell'art. 8 – quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

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

12. Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto il corso dell'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.

13. Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del S.S.R. e, ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8-quinquies, comma 2 lettera e-bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i richiamato nelle premesse.

14. Al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 6), l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, e di quella appropriata accertata in contraddittorio con l'ASP.

Articolo 5

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie

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

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

Articolo 6

Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

1. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, l'ASP e la Regione Calabria potranno in qualunque momento dare corso a ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 ore.
2. Le verifiche si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, in caso d'impedimento, dovrà delegare la relativa funzione. A tal fine, l'Erogatore s'impegna a:
 - a. predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASP e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;
 - b. conservare la documentazione relativa alle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna all'ASP e alla Regione.
3. In ogni caso, l'Erogatore s'impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.
4. La struttura s'impegna a conservare, in ogni caso, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario, per il periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della sanità n. 61 del 19 dicembre 1986 e s.m.i.).
5. La struttura s'impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dall'ASP ovvero dalla Regione onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.
6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.
7. La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.
8. L'erogatore si impegna a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi stabiliti dalle normative nazionali, ministeriali (NSIS) e regionali. L'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 12;

Articolo 7

Tariffe e Corrispettivi

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

Articolo 8

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

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

Articolo 9

Decorrenza e durata

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

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

Articolo 10

Cessione del Contratto

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

Articolo 11

Cessione dei crediti

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

Articolo 12

Risoluzione per grave inadempimento

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

4... Qualora l'ASP ravvisi una delle condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore,

LABORIO ANALISI CLINICHE
VIA S.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
01096 - 01712 - Crotona
Partita Iva 30937920791

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.

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, 21 / 9 / 2015


Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

L'Azienda Sanitaria Locale _____

LABORATORIO ANALISI CLINICHE

VIA s.r.l.

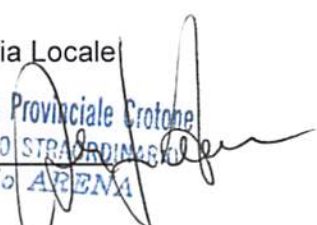
Via Giovanni Paolo II 48
tel. e fax 0962-21712 - Crotone
Partita Iva 00937920791

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	Volume prestazioni anno 2015	Budget 2015
004100	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	4	42,12
004100	90.03.4	ACIDO VALPROICO	2	21,76
004100	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	3600	3600
004100	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	3	4,26
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]	230	1702
004100	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	70	371,7
004100	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	480	883,2
004100	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	55	200,75
004100	90.07.5	AMMONIO [P]	25	159
004100	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	24	316,56
004100	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	5	62,1
004100	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	4	42,76
004100	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	110	920,7
004100	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	6	61,62
004100	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	470	5311
004100	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	4	37,44
004100	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	2	14,74
004100	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	75	717
004100	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	6	82,26
004100	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	2	50,12
004100	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	340	4273,8
004100	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	300	3894
004100	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	270	3418,2
004100	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	340	3908,6
004100	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	5	72,35
004100	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	440	3260,4
004100	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	7	116,2
004100	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	750	5557,5
004100	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	24	120,48
004100	90.09.1	APTOGLOBINA	6	31,8
004100	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	3600	3744
004100	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	4	27,48
004100	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)	400	4876
004100	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas	2	24,38
004100	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	51	270,3
004100	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	1000	1130
004100	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	818	1153,38
004100	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	2	6,62
004100	90.11.1	C PEPTIDE	5	60,75
004100	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	5	253,25
004100	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	1100	1243
004100	90.11.5	CALCITONINA	130	1873,3
004100	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	2	17,08
004100	90.12.5	CERULOPLASMINA	2	10,6
004100	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	170	192,1
004100	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	100	732
004100	90.14.1	COLESTEROLO HDL	2600	3718
004100	90.14.2	COLESTEROLO LDL	1300	871
004100	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	3400	3536
004100	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	45	61,2
004100	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	83	439,9
004100	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	5	92,5
004100	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	58	451,82
004100	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	557	802,08
004100	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	4	16,68
004100	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	3100	3503
004100	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	101	161,6
004100	90.61.3	CYFRA 21-1	5	95,25
004100	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	11	113,3
004100	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	39	606,45
004100	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	4700	14899
004100	90.93.3	ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	27	201,42
004100	90.93.4	ESAME CULTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	141	1054,68
004100	90.93.5	ESAME CULTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	180	1346,4
004100	90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	447	3714,57
004100	90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECE [COPROCOLTURA]	35	420,35
004100	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	24	82,08
004100	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	5	83
004100	90.19.2	ESTRADILO (E2) [S/U]	86	783,46
004100	90.19.3	ESTRILO (E3) [S/U]	6	41,58
004100	90.61.2	FAITTORE REUMATOIDE	334	1579,82

VIA s.r.l.
Via Giovanni Paolo II 48
tel. e fax 0962.21712 - Crotona
Partita IVA 0937920791

Azienda Sanitaria Provinciale Crotona
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

004100	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	32	196,48
004100	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	78	274,56
004100	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	1260	8013,6
004100	90.22.5	FERRO [S]	2456	2799,84
004100	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	539	1439,13
004100	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	102	648,72
004100	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	88	546,48
004100	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	4	6,64
004100	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	885	920,4
004100	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	2	20,36
004100	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	41	59,86
004100	90.24.5	FOSFORO	187	273,02
004100	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	2349	2654,37
004100	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	12	28,56
004100	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	16	53,28
004100	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	3906	4570,02
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)	93	928,14
004100	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	652	4831,32
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	251	17866,18
004100	90.68.3	IgE TOTALI	162	1258,74
004100	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	312	1556,88
004100	90.29.1	INSULINA [S]	11	96,25
004100	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	417	471,21
004100	90.30.2	LIPASI [S]	337	869,46
004100	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	92	662,4
004100	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	151	234,05
004100	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)	9	93,6
004100	90.33.4	MICROALBUMINURIA	71	291,81
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 MICROSCOPICA (Col. tricromica)	111	634,92
004100	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	50	946
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]	1587	1618,74
004100	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	7256	18720,48
004100	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	371	957,18
004100	90.38.1	PROGESTERONE [S]	75	684,75
004100	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	147	1048,11
004100	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	1208	4674,96
004100	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	1869	7905,87
004100	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	78	88,14
004100	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	32	135,36
004100	90.39.4	RAME [S/U]	2	9,38
004100	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	108	231,12
004100	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]	27	94,5
004100	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	10	80,3
004100	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1444	1472,88
004100	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	340	1649
004100	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	4	25,4
004100	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	1277	3639,45
004100	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	428	1219,8
004100	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	71	694,38
004100	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	2	28,44
004100	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	269	3588,46
004100	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	1750	9555
004100	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	1700	10812
004100	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	560	4362,4
004100	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	311	1486,58
004100	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	137	791,86
004100	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	103	346,08
004100	90.43.2	TRIGLICERIDI	3200	3744
004100	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	1600	10240
004100	90.82.3	TROPONINA I	2	22,92
004100	90.43.5	URATO [S/U/dU]	2100	2373
004100	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	2600	2938
004100	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	4000	8680
004100	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	2200	4290
004100	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	72	581,04
004100	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	83	728,74

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

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Sergio ARENA

004100	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	9	90,45
004100	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	30	300,3
004100	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	16	160,16
004100	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	24	240,24
004100	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	76	760,76
004100	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	22	220,22
004100	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	270	2133
004100	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	250	2502,5
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)	29	221,56
004100	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	4	42,04
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	240	2616
004100	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	221	1741,48
004100	90.44.5	VITAMINA D	145	2299,7
004100	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	2	5,06
Totale Budget al Lordo			85.408	269.882,00
Ticket stimato				18.811,00
Budget Netto				251.071,00
Budget Netto meno 1% (DCA n. 85/2015)				248.560,29

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

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
 IL COMISSARIO STRAORDINARIO
 D. Sergio ARENA



LABORATORIO ANALISI CLINICHE

Via S.r.l.

Codice Regionale N. 193 E 6C

P. IVA 00937920791

Via Giovanni Paolo II, 48 - Tel./Fax 0962.21712

88900 CROTONE



LABORATORIO VIA SRL - CROTONE
CONTRATTO BUDGET PRESTAZIONI 2015ANNO – ASP DI CROTONE
(da allegare al verbale in sede di firma del contratto per formarne parte integrante)

Il Laboratorio Via srl corrente in Crotona, con riferimento al contratto da sottoscrivere in data odierna, pena il rischio - paventato dalla ASP - del mancato pagamento delle prestazioni e della sospensione dell'accreditamento, si riserva ogni eventuale azione utile ed opportuna - ed in ogni sede necessaria - al fine di far valere eventuali illegittimità del contratto, di qualunque natura e per qualunque causale.

In particolare lo scrivente Laboratorio Via srl – in maniera specifica ma non esaustiva riservandosi ogni ulteriore censura – evidenzia:

- il mancato adeguamento/riallineamento dell'importo del budget assegnato per il corrente anno 2015, per come già richiesto con ns. lettera del 18.08.2015 (Vs. protocollo in pari data);
- la criticità relativa all'inserimento nel budget di un importo "presuntivo" relativo al ticket incassato direttamente dalla struttura, laddove invece dovrebbe prevedersi l'importo – anche a consuntivo – del ticket effettivamente incassato (che è notoriamente sempre di gran lunga inferiore a quello stimato presuntivamente dalla ASP);
- le criticità delle clausole relative alla asserita insuperabilità del budget (in contrasto con la normativa di cui al D.lgs. n.502/92); e salvo altro.

La sottoscrizione del contratto pertanto non costituisce in alcun modo acquiescenza incondizionata al suo contenuto.

Data 28.09.15

firma

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

Il sottoscritto CARLO NAPOLI Cod. Fiscale NPLCRL66S10D122B, nato a CROTONE residente a Crotona in via P.zza Castello ,20 – Legale Rappresentante della struttura privata accreditata Laboratorio Analisi Cliniche Dr SALVATORE VIA SRL con sede in CROTONE in Via G. Paolo II° ,48– Cod. Reg. 193E 6C CF e P.IVA 00937920791

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

DICHIARA

Di osservare la normativa in materia antinfortunistica , impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro , presso la struttura è presente un documento di valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e dichiara altresì di avere ottemperato a tutte prescrizioni di cui al decreto legislativo 9 Aprile 2008, n. 81

Crotone 25/09/2015

H Dichiarante


Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1966
 (alto m. 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
 Imprints del Sindaco
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Biseppe Cirigliotti)
Biseppe Cirigliotti

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'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto CARLO NAPOLI Cod. Fiscale NPLCRL66S10D122B, nato a CROTONE residente a Crotona in via P.zza Castello ,20 – Legale Rappresentante della struttura privata accreditata Laboratorio Analisi Cliniche Dr SALVATORE VIA SRL con sede in CROTONE in Via G. Paolo II° ,48– Cod. Reg. 193E 6C CF e P.IVA 00937920791

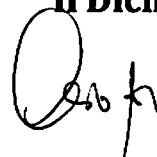
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

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 25/09/2015

Il Dichiarante



Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 Nato il 10-11-1968
 Sesso M P 1 S A
 Comune di CROTONE (CZ)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza CROTONE (KR)
 Via PLAZZA 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 Ciccotti)
Biagio Ciccotti

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'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto CARLO NAPOLI Cod. Fiscale NPLCRL66S10D122B, nato a CROTONE residente a Crotone in via P.zza Castello ,20 – Legale Rappresentante della struttura privata accreditata Laboratorio Analisi Cliniche Dr SALVATORE VIA SRL con sede in CROTONE in Via G. Paolo II° ,48– Cod. Reg. 193E 6C CF e P.IVA 00937920791

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

DICHIARA

Di ottemperare agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999 , come modificato dall'art' 40 del D.L. 25 giugno 2008 ,n. 112 , convertito con modificazione della Legge 6 Agosto 2008 n. 133

Crotone 25/09/2015

Il Dichiarante



Cognome NAPOLI
 Nome CARLO
 nato il 10-11-1968
 (alto 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
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Bianca Briggotti)
Bianca Briggotti

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) Carlo Napoli nato a CROTONE Prov.KR il 10/11/1966 residente a CROTONE via/piazza PIAZZA CASTELLO n.20 _____
in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE
della società LABORATORIO ANALALISI 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.

28/07/2015



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.

(*) 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.

PATENTE DI GUIDA REPUBBLICA ITALIANA

1. NAPOLI
 2. CARLO
 3. 10/11/66 CROTONE (KR)

4a. 29/11/2005 4c. MCTC-KR
 4b. 07/11/2015 5. KR5064434J
 7.

9. A B a. CROTONE (KR)
 92 VENEZIA

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **NPLCRL66S10D122B** Sesso **M**

Cognome **NAPOLI**
 Nome **CARLO**

Data di scadenza **09/05/2017** Luogo di nascita **CROTONE**
 Provincia **CZ** Data di nascita **10/11/1966**

	9	10	11	12
A1				
A				
B		27/07/83	07/11/15	
C		23/01/85	07/11/15	
D				
BE				
CE				
DE				
71 01 CZZ2113929V I				

AB 557729

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

NAPOLI

CARLO 10/11/1966

NPLCRL66S10D122B SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001800027227710 09/05/2017

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

La_ sottoscritta (nome e cognome) Costanza Santoro nata a Crotone il 03/02/1972 residente a CROTONE via/ Rosario Livatino ,1 _____
in qualità di Socio
della società LABORATORIO ANALALISI 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.

28/07/2015



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.

(*) 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... 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 dito
 Indice
IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Paoluccio Costanza
Costanza



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

Il sottoscritto (nome e cognome) Cimieri Salvatore' nato a Crotone il 08/06/1968 residente a Crotone via/ Saffo 59_

in qualità di DIRETTORE TECNICO SANITARIO

della società LABORATORIO ANALALISI 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.

28/07/2015



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.

(*) 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 03-06-1963
 (atto n. 772 P. 1 S. A)
 a CROTONE (KR)
 a ITALIANA
 Cittadinanza CROTONE
 Residenza
 Via SAFFO N.59
 Stato civile CONIUGATO
 Professione BIOLOGO

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



Firma del titolare Cimieri Salvatore
 CROTONE 31-10-2006

Impronta del dito
 indice sinistro

IL SINDACO
 P. IL SINDACO
 VINCENZO SENATORE

Scadenza 31-10-2016

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

IP 23 124 - 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 (nome e cognome) Giuseppe Allo' nato a Ciro' il 31/01/1961 residente a Ciro' Marina via/
via Della Libertà ,31 _____
in qualità di Socio
della società LABORATORIO ANALALISI 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.

28/07/2015


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.

(*) 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	<i>Giuseppe Allo'</i>
CIRO' MARINA	il 15/07/2009
Impronta del dito indice sinistro	
IL SINDACO D'Ordine del Sindaco <i>(FERLINO)</i>	

B CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI		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 scadenza	05/05/2017			
Data di nascita	31/01/1961			



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

IL sottoscritto (nome e cognome) **CIMIERI SALVATORE** nato a **CROTONE** Prov. KR il **08/06/1968**
residente a **CROTONE** via/piazza **VIA SAFFO 59**
Codice Fiscale **CMRSVT68H08D122L**
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

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.. **Nata a CASTROVILLARI 20/03/1972** residenza.. **KR VIA SAFFO ,59**

Nome _____ Cognome _____

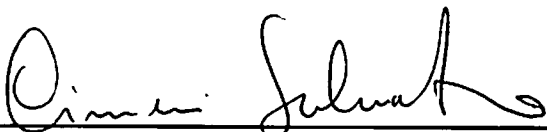
Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

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.

28/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

CIMIERI
 Cognome.....
 Nome **SALVATORE**
 nato il **08-06-1968**
 (atto n. **772** P. **1** S. **A**)
 a **CROTONE (KR)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE**
 Via **SAFFO N.59**
 Stato civile **CONIUGATO**
 Professione **BIOLOGO**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.65**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **//////////**



Firma del titolare *Cimieri Salvatore*
CROTONE il **31-10-2006**
 Impronta 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. 31 del
 D.L. 25/06/2008 n° 112 fino al **31/10/2016**
 Il Funzionario incaricato dal Sindaco
 - Vincenzo Benedetto -
 IPZS 824 - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI CROTONE
 CARTA D'IDENTITA'
 N° AN 3418269
 DI
 CIMIERI
 SALVATORE

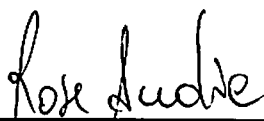
Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

IL sottoscritto (nome e cognome) **AUDIA ROSA** nata a **BADEN** Prov. **CS** il **18/09/1979** residente a
SAN GIOVANNI IN FIORE 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

28/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

Cognome AUDIA
 Nome ROSA
 nato il 13/09/1979
 (atto n. 85 3 B)
 a BADEN (CH)
 Cittadinanza ITALIANA
 Residenza SAN GIOVANNI IN FIORE (CS)
 Via S. FRANC. 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

SEGRETERIA 0,26
 CARTE ID. 5,16
 TOTALE 5,42

IL SINDACO
d'ordine del Sindaco
Rita De Paola



VALIDITA' PROROGATA
 ai sensi dell'art. 31 D.L. N. 112/2006
 fino al 13 GIU. 2016
 l'ordine del Sindaco
Rita De Paola



SCADENZA - 13/06/2011

AM7487281



IPZS OFFICINA CV ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



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

DI
 AUDIA
 ROSA

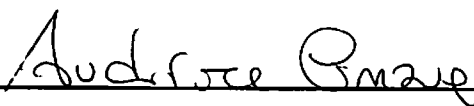
Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

IL sottoscritto (nome e cognome)AUDITORE CINZIA nata a CROTONE Prov. KR IL
15/02/1977residente a CROTONE via/piazza RUSSIA
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
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

28/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

Cognome **AUDITORE**
 Nome **CINZIA**
 nato il **15-02-1977**
 (atto n. **310** P. **1** S. **A**)
 a **CROTONE (KR)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **CROTONE**
 Via **NICOLA CALIPARI N.30 E.4 I.11**
 Stato civile **NUBILE**
 Professione **IMPIEGATA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1.62**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **//////////**



Firma del titolare **Auditore Emare**
CROTONE il **24-04-2006**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO
 R. SINDACO
VINCENZO SENATORE

Scadenza **24-04-2011**

Totale diritti Euro **5,42**



AM **4973277**

Validità prorogata ai sensi dell'Art. 31 del D.L. 25/06/2008 n° 112 fino al **24-04-2016**

Funzionario incaricato dal Sindaco
Vincenzo Senatore

IPZS - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CROTONE

CARTA D'IDENTITA'

N° **AM 4973277**

DI
**AUDITORE
 CINZIA**

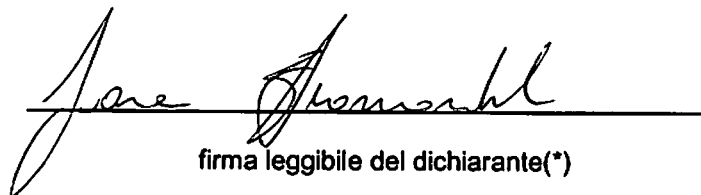
Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

IL sottoscritto (nome e cognome)STRAMANDINOLI LUANA nata a CROTONE Prov. KR IL
106/04/1989 residente a CROTONE 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
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

28/07/2015
data


firma leggibile del 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 *Luana Stramandinoli*
CROTONE li **25-06-2015**
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Paolantonio Lomastro
Luana Stramandinoli



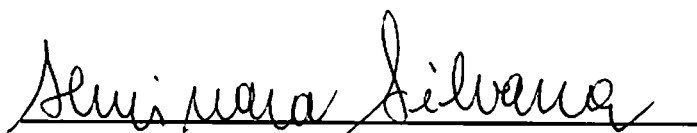
Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

IL sottoscritto (nome e cognome) **SEMINARA SILVANA** nato a **ROCCABERNARDAE** Prov. KR il
17/11/1956 residente a **ROCCABERNARDA** 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
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

28/07/2015
data

A handwritten signature in black ink, reading "Seminara Silvana", written over a horizontal line.

firma leggibile del dichiarante(*)

Cognome **SEMINARA**
 Nome **SILVANA**
 nato il **17-11-1956**
 (atto n. **83** **1** **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**

Impronta del dito indice sinistro

IL SINDACO

IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Grisolia / G. Cantista)

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



IPZS s.p.a. - O.C.V. ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
ROCCABERNARDA

CARTA D'IDENTITA'
 N° **AV 4156757**

DI
SEMINARA SILVANA

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

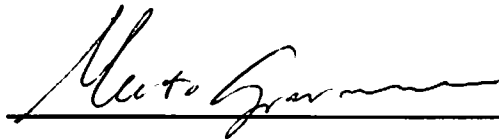
IL sottoscritto (nome e cognome)MUTO GIOVANNINA nata A ISOLA DI CAPO RIZZUTO Prov. KR IL
25/04/1969 residente a CROTONE via/piazza
in qualità di INFERMIERE PROFESSIONALE
della società LABORATORIO ANALISI DOTT. SALVATORE VIA SRL sito in Crotone via Giovanni
Paolo II ,48 88900 CROTONE

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**

28/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

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

IL sottoscritto (nome e cognome)SANTORO COSTANZA nata a CROTONE Prov. KR IL
03/02/1972residente a CROTONE via/piazza ROSARIO LIVATINO
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
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**

28/07/2015
data



firma leggibile del dichiarante(*)

Cognome **SANTORO**
 Nome **COSTANZA**
 nato il **03-02-1972**
 (alt. 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 li **29-06-2015**
 Impronta del dito indice *Santoro Costanza*
IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
Francesco...
...



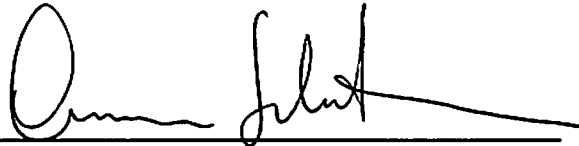
Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

IL sottoscritto (nome e cognome) **CIMIERI SALVATORE** nato a **CROTONE** Prov. KR il **08/06/1968**
residente a **CROTONE** via/piazza **VIA SAFFO 59**
Codice Fiscale **CMRSVT68H08D122L**
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

28/07/2015
data



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cimieri Salvatore', is written over a horizontal line. The signature is cursive and somewhat stylized.


firma leggibile del dichiarante(*)

CIMIERI

Cognome **SALVATORE**
 Nome **772 P 1 S A**
 nato il **08-06-1968**
 (atto n. **CROTONE (KR)**)
 a **ITALIANA**
 Cittadinanza **CROTONE**
 Residenza **SAFFO N.59**
 Via **CONIUGATO**
 Stato civile **BIOLOGO**
 Professione

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI


Statura **1.65**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **//////////**



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

Impronta 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. 31 del D.L. 25/06/2008 n° 112 fino al **31-10-2016**

Il Funzionario Incaricato del Sindaco
Vincenzo Senatore

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

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI CROTONE

CARTA D'IDENTITA'

N° AN 3418269

DI
CIMIERI SALVATORE

LABORATORIO ANALISI CLINICHE DOTT. S. VIA S.R.L.
Via Giovanni Paolo II° – Tel/Fax 0962-21712, CAP 88900 – Crotona –
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	SNICTN72B43D122E	Diploma Maturità Tecnico Commerciale	Ragioniera Responsabile	30	Tempo Indeterminato

							Ufficio Amministrativo		C.C.N.L STUDI PROF.
Auditore	Cinzia	Crotone	15/02/1977	Crotone	DTRCNZ77B55D122D	Diploma Maturità Tecnico Commerciale	Ragioniera Responsabile Accettazione Segreteria	40	Tempo Indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
Bertonotti	Enrico Valentino	Crotone	14/02/1943	Crotone	BRTNRC43B14D122I	Medico Chirurgo Ordine Professionale n°152	Responsabile Medico		Contratto di Collaborazione
Stramandinoli	Luana	CROTONE	06/04/1989	CROTONE	STRLNU89D46D122Y	Diploma di Maturità Tecnico Commerciale	Ragioniera Responsabile Accettazione Segreteria	30	Tempo indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
Muto	Giovannina	Isola di Capo Rizzuto	25/04/1969	Crotone	MTUGNN69D65E339V	Laurea Infermiere Professionale/Ordine Profess. N° 96	Infermiera Professionale	18	Tempo Indeterminato C.C.N.L STUDI PROF.
BRILL SRL		CROTONE VIA ROMA 27	P.IVA 0326257093	CROTONE	P.IVA03262570793	Servizio di Pulizia e Sanificazione locale		Da Lunedì a Sabato	Contratto di Servizio

Crotone 05/08/2015

Il Direttore
 Dr. Salvatore Cimieri

REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO

MOD. RSL

CROTONE (KR)

REVISIONE MODULO

N. 01

DATA

21.12.2011

PAG. 1 DI 3

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	SPEKTROFOTOMETRO 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	BOUTS	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.	REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO				MOD. RSL
	CROTONE (KR)	REVISIONE MODULO	N. 01	DATA	21.12.2011

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 ml	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 3	

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

LEGENDA

TIPO D'USO: CPA = Campione Primario Aziendale – SL = Strumento di Lavoro – SMI = Strumento per Misure Indicative

TIPO TARATURA/CALIBRAZIONE: EST = Esterna – INT = Interna

REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO

MOD. RSL

CROTONONE (KR)

REVISIONE MODULO

N. 01

DATA

31-01-2015

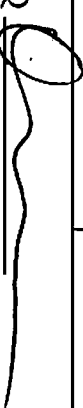
PAG. 4 DI 4

REGISTRO STRUMENTI DI LABORATORIO

N.	DENOMINAZIONE MODELLO	PRODUTTORE	MATICOLA	TIPO D'USO	N° SCHEDA	TARATURA/CALIBRAZIONE	
						FREQUENZA	TIPO
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	J1130755B	SL	82	VED SCHEDA	INT.
63	ANALIZZATORE INDIKO PLUS	SCLAYO	864100000451	SL	83	VED SCHEDA	INT
64	ANALIZZATORE CHORUS TRIO	DIESSE	2399	SL	84	VED SCHEDA	INT.

Data,

Firma R GO



LEGENDA

TIPO D'USO: CPA = Campione Primario Aziendale - SL = Strumento di Lavoro - SMI = Strumento per Misure Indicative

TIPO TARATURA/CALIBRAZIONE: EST = Esterna - INT = Interna

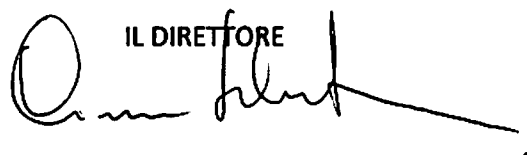
LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. SALVATORE VIA SRL
CODICE REGIONALE N° 193 E 6C
P.IVA 00937920791
Via Giovanni Paolo II ,48 –tel-fax 0962-21712
88900 CROTONE

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 05/08/2015

IL DIRETTORE


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 : ADEMPIMENTI DI CUI ALL'ART. 2 DELLO SCHEMA TIPO DI CONTRATTO DCA 78 DEL 06/07/2015

IN OTTEMPERANZA AL DCA 78/92 IN OGGETTO TRASMETTIAMO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :

- CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALLA CCIAA DI CROTONE
- DOCUMENTAZIONE ANTIMAFIA DI TUTTI I SOCI ,DEL LEGALE RAPPRESENTANTE E DEL DIRETTORE SANITARIO AI SENSI DEGLI ART.84 E 85 DEL D.Lgs 6 SETTEMBRE 2011 , RILASCIANDO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CUI ALL'ARTICOLO 38 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 ,N. 445 RELATIVA AI DATI DEI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI .
- DICHIARAZIONE ATTESTANTE L'AVVENUTA ADOZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO D.Lgs N. 231/2001 IN MATERIA DI PREVENZIONE DEI REATI OVVERO L'ADOZIONE DI UN CODICE ETICO .
- AUTOCERTIFICAZIONE DA PARTE DI CIASCUN SOCIO DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART.4 , COMMA 7 L. 412/1991
- AUTOCERTIFICAZIONE A FIRMA DEL PERSONALE DIPENDENTE DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DELL'ART.4 , COMMA 7 L. 412/1991
- CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL LABORATORIO
- DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE CIRCA L'OSSERVANZA DELLA NORMATIVA IN MATERIA ANTINFORTUNISTICA , IMPIANTISTICA E SULLA TUTELA DELLA SALUTE SUL LAVORO , CIRCA L'ADOZIONE DEI RISCHI NELL'AMBIENTE DI LAVORO E IN OGNI CASO ALL'ADEMPIMENTO A TUTTE LE PRESCRIZIONI DI CUI AL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008,N.81
- ELENCO STRUMENTI DI LABORATORIO
- ELENCO DEL PERSONALE
- CODICE SANITARIO NSIS

CROTONE 25/09/2015

IL LEGALE RAPPRESENTANTE



VISURA ORDINARIA SOCIETA' DI CAPITALE

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



FK78WP

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

DATI ANAGRAFICI

Indirizzo Sede legale	CROTONE (KR) VIA G. PAOLO II 48 CAP 88900
Indirizzo PEC	posta_aziende@pec.it
Telefono	0962 21712
Numero REA	KR - 136066
Codice fiscale	00937920791
Partita IVA	00937920791
Forma giuridica	societa' a responsabilita' limitata
Data atto di costituzione	17/11/1990
Data iscrizione	21/12/1990
Data ultimo protocollo	06/07/2015
Amministratore	NAPOLI CARLO <i>Rappresentante dell'Impresa</i>

ATTIVITA'

Stato attività	attiva
Data inizio attività	17/11/1990
Attività esercitata	gestione e amministrazione di laboratori di analisi chimico cliniche e microbiologiche.
Codice ATECO	86.90.1
Codice NACE	86.9
Attività import export	-
Contratto di rete	-
Albi ruoli e licenze	sì
Albi e registri ambientali	-

L'IMPRESA IN CIFRE

Capitale sociale	42.000,00
Addetti al 31/03/2015	7
Soci	3
Amministratori	2
Titolari di cariche	0
Sindaci, organi di controllo	0
Unità locali	0
Pratiche RI dal 08/07/2014	2
Trasferimenti di quote	5
Trasferimenti di sede	1
Partecipazioni (1)	-

CERTIFICAZIONE D'IMPRESA

Attestazioni SOA	-
Certificazioni di QUALITA'	-

DOCUMENTI CONSULTABILI

Bilanci	2013 - 2012 - 2011 - 2010 - 2009 - ...
Fascicolo	sì
Statuto	sì
Altri atti	10

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

(1) Da elenchi soci e trasferimenti di quote

Indice

1 Sede	2
2 Informazioni da statuto/atto costitutivo	2
3 Capitale e strumenti finanziari	4
4 Soci e titolari di diritti su azioni e quote	4
5 Amministratori	6
6 Attività, albi ruoli e licenze	6
7 Aggiornamento impresa	7

1 Sede

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

Iscrizione REA

Numero repertorio economico amministrativo (REA): KR - 136066

Data iscrizione: 21/12/1990

Impresa di provenienza

Provincia di provenienza: CATANZARO

Numero repertorio economico amministrativo: CZ - 136066

Sede legale

CROTONE (KR)

VIA G. PAOLO II 48 CAP 88900

Telefono: 0962 21712

Indirizzo elettronico

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

Partita IVA

00937920791

2 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, INSTITORI 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 RAPPRESENTAZIONE 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

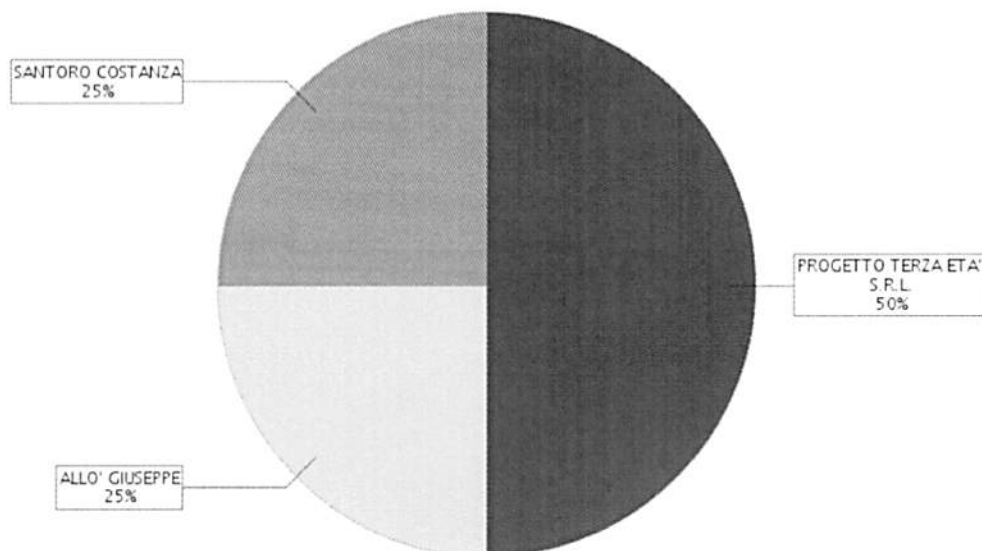
Informazione presente nello statuto/atto costitutivo

3 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

4 Soci e titolari di diritti su azioni e quote

Sintesi della composizione societaria e degli altri titolari di diritti su azioni o quote sociali al 30/03/2009



Il grafico a torta e la tabella sottostante rappresentano una sintesi della composizione societaria dell'impresa (le quote di proprietà sono sommate per titolare e poi arrotondate).
 Si sottolinea che solo l'elenco dei soci, disponibile di seguito alla tabella di sintesi, fornisce la completa e dettagliata situazione societaria così come depositata.

Socio	Valore	%	Tipo diritto
PROGETTO TERZA ETA' S.R.L. 91024130790	21.000,00	50 %	proprieta'
ALLO' GIUSEPPE LLAGPP61A31C725Q	10.500,00	25 %	proprieta'
SANTORO COSTANZA SNTCTN72B43D122E	10.500,00	25 %	proprieta'

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'

5 Amministratori

Amministratore	NAPOLI CARLO	Rappresentante dell'impresa
Amministratore	SANTORO COSTANZA	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

Nominato con atto del 20/11/2007

poteri

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

Nominato con atto del 20/11/2007

poteri

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

6 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 31/03/2015)

	I trimestre
Dipendenti	7
Indipendenti	0
Totale	7

**Addetti nel comune di
CROTONE (KR)**
Sede

	I trimestre
Dipendenti	7
Indipendenti	0
Totale	7

Licenze

licenze/autorizzazioni

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

7 Aggiornamento impresa

Data ultimo protocollo

06/07/2015



Ministero della Giustizia

Sistema Informativo del Casellario

Certificato Generale del Casellario Giudiziale

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

CERTIFICATO NUMERO: 9146/2015/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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Salvatore DE RITO

CROTONE, 05/08/2015 10:34



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CERTIFICATIVO

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(articolo 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a ALLO' GIUSEPPE, nato/a il 31/01/1691

a CIRO' residente a _CIRO' MARINA in Via DELLA LIBERTA' n. 31

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

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

Crotone, 28/07/2015

Il dichiarante



Modalità di presentazione (art. 38 D.p.r. 445/2000)

La presente dichiarazione può essere:

- a) firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla
- b) sottoscritta e trasmessa via posta, fax o via telematica unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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

IL sottoscritto (nome e cognome) **Allo' Giuseppe** nato a **CIRO' Prov. KR** il **31/01/1961** residente a **Ciro' Marina via/piazza Della Libertà ,31**
Codice Fiscale LLAGPP61A31C725Q
in qualità di **SOCIO**
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

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 **Nata a CIRO' MARINA 21/10/1972** **_residenza CIRO' MARINA VIA DELLA LIBERTA' ,31**

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

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.

28/07/2015
data


_____ **firma leggibile del dichiarante(*)**

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	<i>Giuseppe Allo'</i>
CIRO' MARINA	il 07/07/2009
Impronta del dito indice sinistro	
IL SINDACO D'Ordine del Sindaco <i>(TERESA...)</i>	

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI		REPUBBLICA ITALIANA		
TESSERA SANITARIA CARTA REGIONALE DEI SERVIZI				
	Codice Fiscale	LLAGPP61A31C725Q	Sesso	M
	Cognome	ALLO'		
	Nome	GIUSEPPE		
	Luogo di nascita	CIRO'		
Data di scadenza	Provincia	CZ	Dati sanitari regionali 	
05/05/2017	Data di nascita	31/01/1961		



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(articolo 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a SANTORO COSTANZA nato/a il 03/02/1972
a CROTONE residente a CROTONE in Via ROSARIO LIVATINO n. 1
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità
negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

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

Crotone, 28/07/2015

Il dichiarante Santoro Costanza

Modalità di presentazione (art. 38 D.p.r. 445/2000)

La presente dichiarazione può essere:

- a) firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla
- b) sottoscritta e trasmessa via posta, fax o via telematica unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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 li 29-06-2015
 Impronta del dito indice
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
Rosalina Panastio
Giunast



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

IL sottoscritto (nome e cognome) **SANTORO COSTANZA** nato a CROTONE Prov. KR il 03/02/1972
residente a CROTONE via/piazza ROSARIO LIVATINO ,1
Codice Fiscale **SNTCTN72B43D122E**
in qualità di SOCIO
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

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.. Nata a CIRO' 22/04/1957 residenza.. CROTONE VIA R. LIVATINO ,1

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

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.

28/07/2015
data

Santoro Costanza

firma leggibile del dichiarante(*)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(articolo 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a NAPOLI CARLO , nato/a il 10/11/1966

a CROTONE residente a CROTONE in Via PIAZZA CASTELLO n. 20

in qualità di legale rappresentante del Laboratorio Analisi Dott. Salvatore Via srl

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA


DI OTTEMPERARE AGLI OBBLIGHI INFORMATIVI IN MATERIA DI DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI SECONDO LE MODALITA' DI CUI ALL'ART. 9 L.12 MARZO 1999 , N.68 , COME MODIFICATO DALL'ART.40 DEL D.L. 25GIUGNO 2008 , N.112 , CONVERTITO CON MODIFICAZIONE DELLA LEGGE L. 6 AGOSTO 2008 ,N. 133;

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 ;

DICHIARA DI OSSERVARE LA NORMATIVA IN MATERIA ANTINFORTUNISTICA , IMPIANTISTICA E SULLA TUTELA DELL'IGIENE E DELLA SALUTE SUL LAVORO , PRESSO LA STRUTTURA E' PRESENTE UN DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI NELL'AMBIENTE DI LAVORO E DICHIARA ALTRESI' DI AVERE OTTEMPERATO A TUTTE LE PRESCRIZIONI DI CUI AL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008 , N. 81

CROTONE , 28/07/2015

Il dichiarante



Modalità di presentazione (art. 38 D.p.r. 445/2000)

La presente dichiarazione può essere:

- a) firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla
- b) sottoscritta e trasmessa via posta, fax o via telematica unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

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 SALENTI
 Statura 1,74
 Capelli CASTANI
 Occhi VERDI
 Segni particolari ////////////////



Firma del titolare *Carlo Napoli*
 CROTONE il 22-11-2014
 Impresca del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Bianca Strogatti)
Bianca Strogatti

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) CARLO NAPOLI nato a CROTONE Prov. KR il 10/11/1966
residente a Crotone via/piazza Piazza Castello _n.20_
Codice Fiscale NPLCRL66S10D122B
in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE
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

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 Nata a Crotone IL 11/03/1975 _residenza CROTONE Piazza Castello ,20

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____ residenza _____

Nome _____ Cognome _____

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.

28.07.2015
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
 Impresca del dito
 indice sinistro
 IL SINDACO
IL FUNZIONARIO DELEGATO
(Bicep Carozzini)
Bicep Carozzini

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



726 ... 009 10MM

REPUBBLICA ITALIANA

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