ALLEGATO A

D.M. 27 agosto 1999, N. 332 e DPCM 12 gennaio 2017
DELIBERAZIONE G.R. n. 253 DEL 01/03/2000
ATTUAZIONE DEI PUNTI N. 4 E N. 5

BOLLO
€ 16,00

REGIONE TOSCANA
Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale
Settore Assistenza Sanitaria Territoriale
Via Taddeo Alderotti, 26 N
50139 - Firenze

Il/La sottoscritto/a_____

CHIEDE

- di essere iscritto negli elenchi regionali degli erogatori dei dispositivi protesici costruiti o allestiti su misura di cui all'elenco n.1 dell'allegato n. 1 al D.M. 27 agosto 1999, n. 332 ;

- di fornire con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale i sottoindicati dispositivi protesici individuati nell'elenco n. 1 dell'allegato n.1 al D.M. 27 agosto 1999, n. 332 :

codici di classif. ISO* codici di classif. ISO* codici di classif. ISO* codici di classif. ISO*

_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____

DICHIARA

- di accettare integralmente le modalità di fornitura previste dal suddetto decreto;

☐ **DI ACCETTARE** le modalità e condizioni di fornitura, aggiuntive rispetto a quelle già individuate dal D.M. 332/99, indicate nei singoli punti dell'allegato "A" alla deliberazione Giunta Regionale n. 253 del 1 marzo 2000, di impegnarsi al rispetto delle stesse e, conseguentemente, di accettare la corresponsione di tariffe pari al 100% (cento per cento) di quelle individuate nell'elenco n.1 dell'allegato n.1 **al D.M. 27 agosto 1999, n. 332;**

☐ **DI NON ACCETTARE** le modalità e condizioni di fornitura, aggiuntive rispetto a quelle già individuate dal D.M. 332/99, indicate nei singoli punti dell'allegato "A" alla deliberazione Giunta Regionale n. 253 del 1 marzo 2000 e, conseguentemente, di accettare la corresponsione di tariffe pari all' 80% (ottanta per cento) di quelle individuate nell'elenco n.1 dell'allegato n.1 al D.M. 27 agosto 1999, n. 332;

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, artt. 46 e 47, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di essere:

nato/a a_____ in data _____

residente a
_____CAP_____

Via / piazza
_____

Legale rappresentante di:

Denominazione della azienda o ditta
_____

partita IVA_____ codice fiscale _____

Sede legale in_____ _____ _____
(comune) (provincia) (CAP)

via/piazza_____n._____tel._____

indirizzo PEC _____

Sede operativa principale in_____ _____ _____
(se diversa dalla sede legale) (comune) (provincia) (CAP)

via/piazza
_____n._____tel._____fax_____

DICHIARA INOLTRE

- di operare con almeno una sede nella Regione Toscana;
- di essere in possesso del diploma abilitante all'esercizio della professione sanitaria inerente alla tipologia dei dispositivi protesici trattati, ovvero, in alternativa, di avvalersi, per lo svolgimento della attività, di un soggetto terzo, operante in nome e per conto del fornitore, in possesso del medesimo titolo;

Indicazione tecnico abilitato (nome e cognome): _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____CAP_____ Via _____

Diploma conseguito presso (Istituto/Università) _____

Sede _____nell'anno _____ iscritto all'Albo dei Tecnici (Ortopedici e Audioprotesisti) _____ tenuto dall'Ordine dei TSRM e PSTRP della Provincia di _____ al n° _____ in data _____

dipendente (indicare n. ore settimanali) _____

libera professione (indicare n. ore settimanali) _____

(barrare la casella che interessa)

☐ **DI ESSERE ISCRITTO PRESSO IL MINISTERO DELLA SALUTE**, ai sensi dell'art. 11, comma 7, del Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n.46, per la erogazione dei dispositivi protesici definiti "su misura" ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera d), del medesimo decreto.

N° registrazione **ITCA** _____

☐ **DI ESSERE IN POSSESSO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO, ALLA DISTRIBUZIONE O ALLA VENDITA**, ai sensi della normativa vigente.

data _____

Il/La dichiarante **_____

** ai sensi della vigente normativa la sottoscrizione di cui sopra non è soggetta ad autenticazione se:

- apposta in presenza del dipendente incaricato di ricevere la dichiarazione;
- presentata unitamente a copia fotostatica, anche non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

NOTE

* indicare le prime 4 cifre (corrispondenti a classi e sottoclassi) secondo la classificazione a norma ISO (cfr. supplemento ordinario n. 176/L alla Gazzetta Ufficiale n. 227 del 27 settembre 1999 di pubblicazione del D.M. 332/1999- pag. 17).

esempio :	06.03	ortesi spinali
	06.24	protesi di arto inferiore

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati"

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine di _____, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente. La base giuridica del trattamento dei dati è individuata nell'art 6 let e) del Regolamento UE/2016/679 e nel DPCM 12 gennaio 2017.

- A tal fine le facciamo presente che:
  _____ è il Titolare del trattamento
  (dati di contatto: _____)
  e il/i Responsabile/i del trattamento è/sono _____
  (dati di contatto: _____)
- Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude alla fruizione del beneficio. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno ogg4etto di diffusione.
- I suoi dati saranno conservati presso _____ per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati [*indicare dati di contatto del DPO]*.
- Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524)