

Bando per l'ammissione alla graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontotecnici con validità triennale, in applicazione di quanto previsto dalla DGR N. 39-14910 del 28.02.2005 e s.m.i.

Nell'ambito degli obiettivi di salute stabiliti per il servizio Odontoprotesico Regionale ed in esecuzione della succitata D.G.R., l'ASL NO invita i Laboratori Odontotecnici/Odontoprotesici interessati, in possesso dei requisiti previsti ed indicati al successivo paragrafo, a presentare domanda di ammissione alla graduatoria, finalizzata alla individuazione dei Laboratori da convenzionare per la fornitura di manufatti protesici in favore di cittadini utenti, secondo le normative stabilite dalla Regione Piemonte.

Ai fini della instaurazione dei nuovi rapporti convenzionali la graduatoria sarà valida dal 01/07/2022 al 30/06/2025 e comunque fino all'assegnazione delle nuove convenzioni.

I Laboratori che intendono partecipare dovranno, in caso di convenzionamento – produrre manufatti su prescrizione dei medici Specialisti ambulatoriali operanti presso le sedi dei Presidi Polambulatoriali dell'ASL NO.

Il numero massimo dei Laboratori convenzionabili è fissato in dodici.

Al fine di consentire un'adeguata rotazione dei laboratori e garantire equilibrio dei fatturati, sulla base di un limite di fatturato semestrale stabilito, per ciascun Laboratorio, in € 15.000,00= (al netto del valore di riparazioni, modifiche e ribasature di cui al Tariffario Regionale All.2 alla D.G.R.) è prevista la sospensione dell'attività convenzionale per il semestre successivo.

REQUISITI RICHIESTI

I Laboratori odontotecnici/odontoprotesici che aspirano all'inserimento nella graduatoria aziendale triennale dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Iscrizione alla Camera di Commercio, Industria e Artigianato;
- Autorizzazione Comunale all'esercizio dell'attività;
- D.U.R.C.;
- Registrazione al Ministero della Salute;
- Convenzioni con il SSR, se esistenti;
- Requisiti tecnici, umani e strumentali di cui all' Allegato RC/1 alla DGR n. 39-14910 del 28.02.2005.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINI E MODALITA'

I Titolari o i Legali Rappresentanti dei laboratori Odontotecnici, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa Regionale, al fine di poter accedere alla procedura per la stipulazione della convenzione con la ASL NO, devono inoltrare domanda, redatta su carta intestata del laboratorio odontotecnico, secondo il fac-simile allegato.

Al fine di documentare i requisiti tecnici, umani e strumentali così come prescritti dalla succitata D.G.R., devono compilare anche i **Moduli A – B – C** allegati allo schema di domanda.

Le domande di ammissione, corredate da copia fotostatica di documento di identità in corso di validità dovranno essere trasmesse:

- **a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento a: ASL NO s.s. Coordinamento Cure Primarie e Specialistiche – viale Roma, 7 – 28100 NOVARA**
- **a mezzo PEC esclusivamente in formato.pdf all'indirizzo: protocollo generale@pec.asl.novara.it**

entro le ore 24.00 del ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del bando per estratto nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. (La data di spedizione è comprovata da timbro e data dell'ufficio postale accettante)

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine di presentazione si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

L'ASL declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione di cambio indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Azienda.

Il testo integrale del bando comprendente la suddetta modulistica è scaricabile sul sito WEB dell'ASL NO al seguente indirizzo internet: www.asl.novara.it - sezione concorsi e avvisi/tipologia/bandi di concorso pubblici.

Con la partecipazione alla selezione è implicita da parte degli aspiranti l'accettazione senza riserve, di tutte le prescrizioni del presente bando.

Le dichiarazioni (secondo il modello allegato) contenute nel curriculum saranno considerate quali valide autocertificazioni soltanto qualora contengano tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata.

Non saranno valutati titoli presentati oltre il termine di scadenza del presente bando.

Ai sensi di quanto previsto nell' Allegato 1) alla DGR 28.02.2005 n. 39-14910, **non saranno ammessi alla graduatoria e alla convenzione i Laboratori odontotecnici in cui operino o siano cointeressati, a qualunque titolo, soggetti legati al SSN da rapporto convenzionale o di impiego o che comunque svolgano la loro attività in altre strutture convenzionate/accreditate con il SSN.**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI FORNITI CON LA DOMANDA

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

I dati personali verranno trattati dalla ASL NO per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

Il conferimento dei dati personali è necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la SV non potrà essere inserita in detta graduatoria.

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

In merito al trattamento dei propri dati personali l'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15,16,17, e 18 del Regolamento. In caso di sottoscrizione di una qualsiasi forma di consenso al trattamento richiesto dall'Asl di Novara si fa presente che l'interessato può revocarlo in qualsiasi momento della richiesta di revoca, contattando il titolare del trattamento all'indirizzo mail: protocollogenerale@pec.asl.novara.it. L' Azienda sulla base dei dati così conferiti, non effettua profilazione degli utenti e non trasferisce dati al di fuori dell'Unione Europea.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di Novara, il cui Legale Rappresentante è il Direttore Generale.

* L'informativa completa è pubblicata sul sito internet: www.asl.novara nella sezione "Privacy".

VALUTAZIONE DELLE DOMANDE E FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

La valutazione delle domande dei Laboratori aspiranti alla convenzione sarà effettuata da apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale, applicando i criteri di cui all'Allegato RC/1 alla DGR N. 39-14910 DEL 28.02.2005.

La Commissione dispone di 200 punti complessivi così assegnabili:

- a) assegnabili fino a 100 punti per i titoli;

- b) assegnabili fino a 100 punti per la valutazione effettuata dai medici specialisti sui laboratori con convenzione già attiva; ai laboratori non ancora convenzionati viene attribuito un valore di ingresso di 75 punti (pari a $\frac{3}{4}$ del punteggio massimo).

VALUTAZIONE TITOLI (MAX 100 PUNTI)

1. Anzianità di iscrizione alla CCIAA (max 30 punti – 1,2 punti all'anno – per periodi inferiori all'anno 0,1 punti per ogni mese).
2. Attrezzature (max 40 punti).
3. Anzianità di convenzionamento (max 30 punti – 1,2 punti all'anno – per periodi inferiori all'anno 0,1 punti per ogni mese).

DOMANDA DI CONVENZIONAMENTO PER FORNITURA PROTESI DENTARIE MOBILI
(fac-simile da riprodurre su carta intestata del Laboratorio Odontotecnico)

Al Direttore Generale ASL NO

Ai fini previsti dalla D.G.R. N. 39-14910 del 28/02/2005

Il sottoscritto _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

via _____ n. _____

nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

sito in _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

Partita IVA n. _____

CHIEDE

di essere ammesso al convenzionamento con la ASL NO

A tal fine, si allegano alla presente:

- Dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (Moduli A-B).
- Autorizzazione al trattamento dei dati (Modulo C)
- Documentazione richiesta in copia fotostatica.
- Copia fotostatica (fronte/retro) di documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____

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

Ai fini previsti dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28/02/2005

Il sottoscritto _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ residente in _____

via/c.so _____ n

nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

sito in _____ C.A.P. _____

via/c.so _____ n. _____

con partita IVA n. _____

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

1. IN MERITO AI REQUISITI AZIENDALI:

1.1 Ragione Sociale _____

1.2 Sede Operativa _____

1.3 Convenzioni già esistenti con il S.S.R.

ASL _____ dal _____ al _____

ASL _____ dal _____ al _____

ASL _____ dal _____ al _____

ASL _____ dal _____ al _____

Allega in copia (compilare la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'allegato mod. B):

- Certificato Storico della Camera di Commercio
- Autorizzazione Comunale all'esercizio dell'attività
- Registrazione al Ministero della Salute
- D.U.R.C.

2. IN MERITO ALLE RISORSE UMANE

2.1 TITOLARE O SOCI operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi:

Cognome e Nome _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____

C.F. _____

2.2 DIPENDENTI operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi:

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

2.3 COLLABORATORI INTERNI operanti nell'Azienda: specificare per ciascuno di essi:

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

Cognome e Nome _____

Qualifica _____ C.F. _____

4. IN MERITO ALLE METODOLOGIE COSTRUTTIVE ED AL CONTROLLO DELLA QUALITA':

Di essere in possesso e di produrre su richiesta:

- Protocolli costruttivi adottati dal Laboratorio.
- Elenco dei materiali, completo della classificazione ISO e/o DIN, di normale uso nella produzione delle protesi di cui alla D.G.R. n. 39-14910.
- Protocolli per la verifica periodica delle apparecchiature, per l'aggiornamento dei materiali d'uso e per la verifica periodica della qualità.
- Protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure costruttive ed alla prescrizione sanitaria.

5. IN MERITO ALLA NORMATIVA CEE SUI DISPOSITIVI MEDICI - DISPOSITIVI DENTALI SU MISURA - ESPRESSAMENTE E MEDIANTE SPECIFICA SOTTOSCRIZIONE

DICHIARA

Di operare nel pieno rispetto degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D.Lgs 24/02/1997 n. 46 e s.m.i..

6. IN MERITO ALL'ASSENZA DI FATTI O SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA':

DICHIARA

Che presso il proprio Laboratorio non operano e non sono cointeressate persone legate al S.S.N. da rapporto convenzionale o di impiego, o che comunque svolgono la loro attività in altre strutture convenzionate con il S.S.N., con compiti gestionali e/o di rappresentanza, e di operare nel pieno degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D.Lgs. 24.2.1997, n.46 e s.m.i..

Data _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, la sopraestesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 e s.m.i. adeguato al Regolamento Europeo 2016/679 dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

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

Ai fini previsti dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28/02/2005, ad integrazione dei documenti prodotti in copia fotostatica in allegato alla domanda

il sottoscritto _____

C.F. _____

nato/a a _____

il _____ residente in _____

via/c.so _____

n. _____ nella qualità di:

- Titolare del Laboratorio Odontotecnico
- Legale rappresentante del Laboratorio Odontotecnico

sito in _____ C.A.P. _____

via/c.so _____ n. _____

con partita IVA n. _____

consapevole delle sanzioni previste dal codice penale, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che i sottoelencati documenti ed atti presentati in copia ai fini previsti dalla D.G.R. n. 39-14910 del 28/02/2005, sono conformi agli originali detenuti in proprio possesso e conservati presso il Laboratorio Odontotecnico _____

Sito in _____

Via/C.so _____ n. _____

Data _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, la sopraesesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 e s.m.i. adeguato al Regolamento Europeo 2016/679 dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

IN MERITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI ALL'INFORMATIVA RIPORTATA NEL BANDO

Il sottoscritto esprime il consenso, ai sensi della normativa vigente in materia, al trattamento dei dati personali conferiti per finalità inerenti la presente domanda di partecipazione al bando l'ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici in applicazione della D.G.R. n. 39 - 14910 del 28/02/2005 (graduatoria triennale).

Data _____

Firma del dichiarante

IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DEL D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. (Codice In materia di protezione dei dati personali) e del GDPR 2016/679

Il Laboratorio Odontoprotesico verrà nominato Responsabile (esterno) del trattamento dei dati.

In caso di convenzionamento, il Laboratorio

DICHIARA

- di produrre il DPS (Documento Programmatico per la Sicurezza dei trattamenti dei dati personali).
- di fornire modulo "nota informativa" sul trattamento dei dati richiesti, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto protesico.

Data _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, la sopraesesa dichiarazione è sottoscritta dall'interessato unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità.