

INAIL DIREZIONE REGIONALE LAZIO

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche

Il sottoscritto _____ in qualità di titolare
/ Legale Rappresentante della struttura denominata _____ nato
a _____ il _____ domiciliato nel Comune
di _____ Provincia _____
(Via / Piazza) _____ n. _____,
Tel. _____; cellulare _____;
E mail _____ PEC _____;

Con studio / ambulatorio:

in Via _____ n. _____;
Comune di _____ Provincia _____;
Codice Fiscale _____;
Partita IVA _____;

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche indicate nell'allegato 1 dell'Avviso stesso.

DICHIARA

Che la Struttura è in regola relativamente a:

- esercizio dell'attività professionale da almeno 5 anni;
- iscrizione ai rispettivi albi del personale odontoiatra e/o medico presente nella struttura;
- possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni da parte del personale presente in struttura;
- conseguimento dei crediti formativi obbligatori di odontoiatri e/o medici e, per gli ASO, partecipazione ai corsi formativi regionali;
- regolarità contributiva (DURC) anche con riferimento alla polizza radiologi Inail
- dotazione di apparecchiature radiologiche idonee a formulare una corretta diagnosi (clinica – medico legale) e conseguenti protocolli riabilitativi e dotazione di strumentazione fotografica atta a documentare le cure eseguite;

- dotazione di strumentazione idonea a consentire l’invio telematico di immagini radiografiche e di immagini fotografiche endorali digitali e di referti, alle competenti strutture dell’Inail;
- rispetto delle normative in tema di sicurezza e di radioprotezione;
- possesso di polizza assicurativa a copertura della responsabilità civile per danni a terzi, in corso di validità;
- possesso di polizza assicurativa a copertura della responsabilità professionale, in corso di validità;
- assenza di barriere architettoniche nell’ambulatorio dove vengono erogate le prestazioni specialistiche odontoiatriche.
- ubicazione dello studio/ ambulatorio nel territorio regionale.

Allega alla presente:

1. Domanda di partecipazione (allegato 1)
2. Dichiarazione unica (allegato 2)
3. Tariffario ANDI 2009 sottoscritto per integrale accettazione (allegato 3)
4. Scheda Struttura (allegato 4)
5. Dichiarazione sostitutiva di atto notorio riguardo l’inesistenza di barriere architettoniche (allegato 5)
6. Patto di integrità (allegato 6)
7. Schema della convenzione (allegato 7)
8. Copia della polizza assicurativa dello studio o dei professionisti ivi operanti, in corso di validità, a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi nell’esecuzione delle prestazioni contrattuali;
9. Copia della polizza assicurativa dello studio o dei professionisti ivi operanti, in corso di validità, a garanzia della responsabilità professionale;
10. Fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge;

SI IMPEGNA

a comunicare via PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Luogo e data _____

Timbro e Firma leggibile del Legale Rappresentante
