ALL. 2 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

INAIL
DIREZIONE REGIONALE PIEMONTE
Corso Galileo Ferraris, 1
10121 - TORINO

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;
- 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.

Allega alla presente:

- Tariffario prestazioni odontoiatriche, **intestato e sottoscritto in ogni pagina** (allegato 1);
- Dichiarazione sostitutiva rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e della L. 183/2011 e s.m.i. per i requisiti richiesti dall'Avviso (allegato 3);
- Attestato di Conformità al Regolamento UE n. 679/2016, recepito con il Decreto Legislativo n. 101/2018, in tema di privacy (allegato 4);
- Patto di Integrità (allegato 5);
- Dichiarazione di responsabilità con clausole di manleva (allegato 6);
- Scheda anagrafica della struttura con indicazione dei contatti e delle coordinate bancarie (allegato 7);
- Comunicazione di attivazione di conto corrente dedicato ad appalti/commesse pubbliche (allegato 8);
- Copia della polizza assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali;
- Copia della polizza assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità professionale;
- 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

_____