

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DI  
CONVENZIONI CON STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE PER L'EROGAZIONE DI  
PRESTAZIONI OTORINOLARINGOIATRICHE DI DIAGNOSTICA CLINICA E STRUMENTALE  
AI FINI MEDICO LEGALI**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome)

---

In qualità di legale rappresentante pro tempore della \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

domiciliato per la carica nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

( via, piazza) \_\_\_\_\_ tel /cell \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ con ambulatorio / studio (indicare tutte le sedi)

In via \_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di partecipare all'avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione delle seguenti prestazioni otorinolaringoiatriche.

BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SI	NO
Otorinolaringoiatria	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	Nomenclatore tariffario di cui al D.G.R. n. 61/26 del 18/12/2018, aggiornato al 04/08/2020, nonché nel suppl. 15 della G.U. 65 del marzo 2018 relativa ai LEA.		
Otorinolaringoiatria	95.42	IMPEDEZOMETRIA			
Otorinolaringoiatria	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA			
Otorinolaringoiatria	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE			
Otorinolaringoiatria	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE			
Otorinolaringoiatria	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE			
Otorinolaringoiatria	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU			
Otorinolaringoiatria	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO			
Otorinolaringoiatria	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO			
Otorinolaringoiatria	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE			
Otorinolaringoiatria	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE			
Otorinolaringoiatria	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE			
Otorinolaringoiatria	89.39.4	GUSTOMETRIA			
Otorinolaringoiatria	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDTITIVI			
Otorinolaringoiatria	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE			
Otorinolaringoiatria	31.42	RINOSCOPIA, LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA			

- di voler erogare le prestazioni alle seguenti sedi INAIL

SEDI	SI	NO
CAGLIARI		
CARBONIA		
NUORO		
OLBIA		
ORISTANO		
SASSARI		

### DICHIARA

che la Struttura \_\_\_\_\_  
 è in regola con le norme relative a:

- 1) autorizzazione/accreditamento all'esercizio delle prestazioni specialistiche otorinolaringoiatriche di cui alle norme in materia
- 2) iscrizione ai rispettivi albi del personale medico, sanitario e tecnico;
- 3) possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni;
- 4) conseguimento dei crediti formativi obbligatori dei medici e del personale sanitario ai sensi della legge n. 201/2011
- 5) regolarità contributiva
- 6) rispetto delle normative in tema di sicurezza

**SI IMPEGNA**

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

Si allega alla presente domanda copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e i documenti precisati nell'avviso (alle pagg. 2 e 3, punto 10 – Modalità di partecipazione, dall'1 all'8).

Altro: \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_ Timbro e Firma leggibile

(luogo, data) \_\_\_\_\_