

ALL. 3 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

**INAIL
SEDE REGIONALE DI AOSTA
VIA G. CARREL 12 -11100 AOSTA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47- T.U. n. 445/2000)**

da presentare alla Pubblica Amministrazione e/o ai gestori di pubblici servizi

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

in qualità di (barrare la scelta che interessa):

- Persona fisica/titolare
- Legale rappresentante

della struttura _____,

con sede in _____ Via _____,

codice fiscale _____ partita IVA _____,

E mail _____ PEC _____,

ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 T.U. 28/12/2000 n.445) e della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che l'attività professionale è esercitata da almeno cinque anni;
- che la struttura è ubicata in _____
Via _____ ed è autorizzata all'esercizio dell'attività con atto n. _____ del (gg/mm/aa) _____ emesso da _____;

- che presso tale struttura operano i seguenti ODONTOIATRI ed eventuale altro personale MEDICO, iscritti ai relativi Albi:

COGNOME e NOME _____ N. ISCR. ALBO _____

COGNOME e NOME _____ N. ISCR. ALBO _____

COGNOME e NOME _____ N. ISCR. ALBO _____

COGNOME e NOME _____ N. ISCR. ALBO _____

COGNOME e NOME _____ N. ISCR. ALBO _____

in possesso delle specializzazioni richieste, in regola con gli adempimenti formativi obbligatori (ECM)

che presso tale struttura opera personale ASO in regola con i previsti corsi di formazione regionale;

che la struttura è in regola rispetto alle norme sulla sicurezza, sulla sicurezza degli impianti di radiologia, a quanto previsto dalle norme sulla radioprotezione nonché rispetto alle misure di contenimento del contagio da COVID19;

che la struttura è priva di barriere architettoniche;

che risulta aperta presso INAIL posizione assicurativa PAT n. _____
Codice Cliente n. _____ e iscrizione all'INPS Matricola n. _____;

che la struttura è in possesso di una adeguata copertura assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi (stipulata con la Compagnia _____) nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali per tutta la durata della Convenzione;

di essere in possesso polizza assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità professionale (stipulata con la Compagnia _____);

che la struttura ha in 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;

che la struttura ha in 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;

che la struttura è regolare dal punto di vista contributivo con INAIL e INPS;

di essere legittimato/a alla firma in virtù della carica ricoperta;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

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
