

**ISTANZA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO REGIONALE DEGLI EROGATORI DEI DISPOSITIVI PROTESICI DI CUI ALL'ELENCO 1 DELL'ALLEGATO 1 AL D.M. 332/1999**

Alla Regione del Veneto
Area Sanità e Sociale
Settore Farmaceutico-Protetica-Dispositivi Medici
Rio Novo – Dorsoduro 3493
30123 Venezia
Pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

L'Azienda come qui sotto individuata:

Denominazione:
Cognome e Nome del Legale Rappresentante:
Indirizzo Sede Legale:
Partita IVA:
Codice Fiscale:
Numero REA:
Registrazione al Ministero della Salute n. ITCA (necessaria ai fini dell'erogazione dei dispositivi su misura):
Data inizio attività dell'azienda:
Telefono:
Fax:
Indirizzo PEC / E-Mail:
Sito web:
Classificazione Fornitore Azienda Ortopedica <input type="checkbox"/> Azienda Audioprotesica <input type="checkbox"/> Azienda Ottica Optometrica <input type="checkbox"/>

FA ISTANZA

di iscrizione al Registro Regionale degli Erogatori dei dispositivi protesici di cui all'Allegato 1- Elenco 1 del D.M. n° 332/1999 per la seguente Sede Operativa/Filiale (*istanza da ripetere per ogni Sede/Filiale*):

SEDE OPERATIVA <input type="checkbox"/>	FILIALE <input type="checkbox"/>
Denominazione:	
Indirizzo:	
Data inizio attività:	
Telefono:	
Fax:	
Indirizzo PEC / E-Mail:	
Sito web:	

per l'erogazione dei seguenti dispositivi protesici

Elenco dispositivi su misura prodotti: <i>Spuntare i titoli delle famiglie e le relative classi e sottoclassi che s'intendono erogare, di cui al nomenclatore tariffario vigente. (ISO 9999/1998 – ISO 9999/2011).</i>	03.12	Ausili per la terapia dell'ernia	<input type="checkbox"/>
	06.03	Ortesi spinali	<input type="checkbox"/>
	06.06	Apparecchi ortopedici per arto superiore	<input type="checkbox"/>
	06.12	Apparecchi ortopedici per arto inferiore	<input type="checkbox"/>
	06.18	Protesi di arto superiore	<input type="checkbox"/>
	06.24	Protesi di arto inferiore	<input type="checkbox"/>
	06.33.06	Calzature ortopediche su misura	<input type="checkbox"/>
	06.30.21	Protesi oculari	<input type="checkbox"/>

Elenco ausili specialistici forniti per i quali è necessaria nel corso dell'erogazione l'assistenza di una figura professionale tecnico sanitaria: <i>Spuntare i titoli delle famiglie e le relative classi e sottoclassi che s'intendono erogare, di cui al nomenclatore tariffario vigente. (ISO 9999/1998 – ISO 9999/2011).</i>	12.21	Carrozze	<input type="checkbox"/>
	12.24	Aggiuntivi e riparazioni al 12.21	<input type="checkbox"/>
	06.33.03	Calzature ortopediche di serie	<input type="checkbox"/>
	18.09	Seggioloni e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
	03.48	Ausili per rieducazione di movimento, forza equilibrio	<input type="checkbox"/>
	03.78	Stabilizzatori	<input type="checkbox"/>
	21.45	Ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
	12.18	Tricicli/Biciclette	<input type="checkbox"/>
	12.27	Passeggini	<input type="checkbox"/>
	12.18.21	Aggiuntivi al 12.18	<input type="checkbox"/>
	21.03	Dispositivi ottici correttivi	<input type="checkbox"/>
	21.39	Sistemi per la trasmissione del suono	<input type="checkbox"/>

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- Di essere iscritta presso la Camera di Commercio di _____;
- Di essere in possesso dell'autorizzazione all'immissione in commercio n. _____ del _____ rilasciata da _____, per effettuare la distribuzione o la vendita **dei dispositivi di serie inclusi nell'elenco 1 del D.M. 332/1999 che richiedono l'intervento del tecnico abilitato** per l'adattamento al paziente;

- Di avvalersi del Sig./Sig.ra _____, tecnico abilitato di cui all'art. 1, comma 2, del DM 332/99 - in possesso del Titolo abilitante di _____ conseguito in data _____ presso l'Istituto o Ateneo di _____ - in ragione di un rapporto di dipendenza/ professionale che ne assicura la presenza per un orario tale da garantire la fornitura dei dispositivi entro i termini previsti dall'art. 4, comma 7 del D.M. 332/99;
- Di **aderire** alle condizioni e modalità di cui all'allegato A della DGR n. 83/2000 (*regionali, aggiuntive rispetto a quelle base previste a livello nazionale*) e conseguentemente di aver diritto al rimborso pari al 100% delle tariffe di cui al D.M. 332/1999;
- Di **non aderire** alle condizioni e modalità di cui all'allegato A della DGR n. 83/2000, ma di garantire comunque i requisiti minimi previsti dalla normativa nazionale vigente, e conseguentemente di aver diritto al rimborso pari all'80% delle tariffe di cui al D.M. 332/1999;
- Di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione descritta nella presente dichiarazione entro 30 giorni dal suo verificarsi;
- Di impegnarsi a trattare i dati personali degli utenti nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- Di autorizzare ai sensi del D.lgs. 196/2003 il trattamento dei dati rilasciati con la presente istanza per le finalità connesse alla stessa.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che le suindicate notizie sono complete e veritiere.

Luogo e data

Il/La Dichiarante
(Timbro e firma)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero, sottoscritta e inviata a mezzo fax, pec o raccomandata a.r. all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.