



Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA

DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR. /
DIRIGENTE STAFF

Dott. Trama Ugo

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	UOD / STAFF
25	19/07/2021	4	12

Oggetto:

Decreto attuativo ai sensi della DGRC 308/2020 e smi - Modulistica per le Aziende Ortoprotesiche ai fini dell'iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di dispositivi ortoprotesicci ai sensi del D.M. 332/99 e smi e DOPC 12/1/2017

	Data registrazione	
	Data comunicazione al Presidente o Assessore al ramo	
	Data dell'invio al B.U.R.C.	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Finanziarie (Entrate e Bilancio)	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Strumentali (Sist. Informativi)	

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

- a) che la Regione Campania provvede annualmente alla pubblicazione dell'elenco delle aziende protesiche di cui all'elenco 1 del DM 332/99 sulla base dell'istruttoria definita ed inviata dalle AA.SS.LL. competenti per territorio;
- b) che con D.G.R. n. 315/2000 la Regione Campania ha emanato disposizioni attuative dell'art. 8 comma 1 del D.M.S. citato nel precedente capoverso;
- c) che con la citata delibera è stato stabilito che nell'elenco regionale delle Aziende fornitrici di dispositivi protesici di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 3 del DMS 332/99 vengano riportati distintamente le aziende che accettano le condizioni previste nel citato DMS 332/99 e quelle che accettano le ulteriori condizioni di cui all'allegato A della DGRC 315/2000;
- d) che l'assistenza protesica, prima disciplinata dal D.M. 332/99 e s.m.i., è ora disciplinata dal DPCM 12.1.2017 di approvazione dei nuovi LEA che annovera le prestazioni di assistenza protesica nell'assistenza distrettuale e, agli artt. 17, 18 e 19 definisce il Nuovo Nomenclatore (Allegato 5), i destinatari e le modalità di erogazione di tali prestazioni (Allegato 12);
- e) che con D.G.R. n. 2326 del 18.2.2004 sono state emanate disposizioni per l'accesso all'autorizzazione delle forniture riferite all'assistenza protesica - Requisiti minimi -

VISTA

- a) La DGRC n. 308 del 23 giugno 2020 ad oggetto "Assistenza protesica: approvazione linee guida e requisiti minimi per le aziende ortoprotesiche - modifica DGRC 2326/2004" con cui è stato approvato il documento che definisce le linee guida per le attività di verifica e monitoraggio da parte delle AA.SS.LL. delle aziende **ortopediche** fornitrici di presidi di cui all'elenco 1 del DM 332/99 - elenco 1 allegato 5 DPCM 12.01.2017 - ai fini dell'inserimento nell'elenco regionale e stabilisce i requisiti minimi strutturali organizzativi e tecnologici per le aziende ortoprotesiche;
- b) La DGRC 466 del 28/10/2020 Modifiche ed integrazione della Delibera di Giunta Regionale n. 308 del 23 giugno 2020 avente ad oggetto: "Assistenza protesica. Approvazione linee guida e requisiti minimi per le aziende ortoprotesiche - Modifica DGRC 2326/2004";
- c) La DGRC 275 del 30 giugno 2021 di modifica dei requisiti organizzativi di cui al punto 7 dell'allegato alla DGRC 308/2020;

CONSIDERATO che la richiamata delibera n. 308/2020 e s.m.i. al punto 3 del deliberato rinvia ad un successivo provvedimento le modalità di presentazione delle domande ai fini dell'inserimento nell'Elenco Regionale da parte delle Aziende fornitrici di presidi personalizzati ortopedici;

RILEVATA la necessità di dare, così come previsto dalla DGRC 308/2020 e s.m.i., indicazioni procedurali specifiche e fornire una modulistica uniforme che le Aziende Ortoprotesiche devono utilizzare per inoltrare le istanze alle AA.SS.LL. ai fini dell'iscrizione nell'Elenco Regionale;

RITENUTO pertanto necessario procedere all'approvazione dell'allegato "A" al presente provvedimento che definisce uno "Schema di istanza" da inoltrare alle AA.SS.LL. territorialmente competenti osservando le modalità previste al punto 9.2 "Procedure per la presentazione delle domande" dell'allegato alla richiamata DGRC;

PRESO ATTO che lo schema d'istanza iscrizione elenco regionale è stato condiviso da tutte le Associazioni del comparto ortoprotesico;

PRESO ATTO, altresì,

- del DPGR n. 117 del 5/08/2020 con il quale è stato conferito incarico di Dirigente ad interim della UOD 12 Assistenza e Interventi Sociosanitari al dott. Ugo Trama;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento e della dichiarazione di regolarità resa dal dirigente della UOD 12

DECRETA

Per i motivi esposti in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente decreto,

1. **Di approvare**, in ottemperanza alla DGRC 308/2020 e smi, l'allegato "A" al presente provvedimento, di cui è parte integrale e sostanziale, che definisce lo "Schema di istanza" da inoltrare alle AA.SS.LL. territorialmente competenti osservando le modalità procedurali previste al punto 9.2 dell'allegato alla DGRC 308 del 23 giugno 2020;
2. **Di stabilire** che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali per quanto di loro competenza;
3. **Di inviare** il presente provvedimento alla UOD 12 Interventi Sociosanitari della Direzione Generale della Salute, al Bollettino Ufficiale della Regione Campania e alla sezione "Casa di Vetro" per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Il Dirigente
Ugo Trama



Schema di istanza

(da riprodurre su carta intestata del richiedente)

- Spett.le Direzione Generale

ASL _____

Pec:

Oggetto: richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori autorizzati all'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnici ortoprotesici.

Il/la sottoscritto/ain qualità di legale rappresentante della Dittachiede l'iscrizione nell'Elenco dei Fornitori di protesi, ortesi e ausili della Regione Campania" di cui all'Elenco 1 del D.M. 332/99, per la **SEDE OPERATIVA/FILIALE/SUCCESSORIA** come indicata nell'Allegato A alla presente domanda che allega e sottoscrive

Dichiara, altresì:

1. che le informazioni in esso contenute (Allegato A) sono veritiere consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell' art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e che decadrà dai benefici emanati in conseguenza di una dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403.
2. di essere in possesso dei requisiti dichiarati e sottoscritti nell'allegato alla presente istanza, compatibilmente con la tipologia di dispositivi orto-protesi per i quali viene richiesta l'iscrizione in elenco.
3. di accettare le condizioni aggiuntive di erogazione indicate nell'Allegato A della DGRC 315 del 1/2/2000.

Il/la sottoscritto/a è inoltre a conoscenza del fatto che le informazioni rese nell'istanza, relative a stati, fatti e qualità personali, saranno utilizzate per quanto strettamente necessario per il procedimento cui si riferisce la presente dichiarazione (ai sensi del d.lgs. 196/2003 - Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

Data

Timbro e firma

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi -
ortesi - ausili ortoprotesici

parte 1. SEDE OPERATIVA/FILIALE/SUCCURSALE PER CUI SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE E ORARI DI ACCESSO	
Indicare se SEDE OPERATIVA <input type="checkbox"/> FILIALE <input type="checkbox"/> SUCCURSALE <input type="checkbox"/>	
Nota: Per ogni altra sede operativa e filiale per cui si intenda richiedere l'iscrizione nell'Elenco dei dispositivi di cui all'Elenco 1 del DM 332/99 con spesa a carico dell'SSR va ripetuta l'istanza	
Ragione sociale:	
Cognome e nome del Legale Rappresentante:	
Indirizzo Sede operativa/filiale/succursale:	
Partita IVA	
CODICE FISCALE	
Numero Iscrizione Camera di Commercio	
Numero REA	
Registrazione al Ministero della Salute n° ITCA:	
Data inizio attività dell'azienda	
Telefono:	
Fax:	
indirizzo PEC:	
E-mail:	
Sito web:	
Orario di apertura della struttura : dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____	
Nei giorni dal _____ al _____	
Orari di apertura al pubblico:	
	Dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
Lunedì:	_____
Martedì:	_____
Mercoledì:	_____
Giovedì:	_____
Venerdì:	_____
Sabato:	_____
Domenica:	_____
parte 2. REQUISITI DOCUMENTALI E AUTORIZZATIVI	
Estremi licenza commerciale comunale ovvero data presentazione diap/scia (Documento licenza/autorizzazione all'esercizio dell'attività)	
Estremi Autorizzazione (Idoneità Igienico Sanitaria)	
D.V.R. per la salute e la salute dei lavoratori	

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi –
ortesi – ausili ortoprotesici

(Documento di valutazione dei rischi per la salute dei lavoratori redatto secondo il D.lgs. 81/08 e s.m.i.)	
Registro dei trattamenti (privacy)	
Sistema di gestione informatico	
Manuale di gestione della qualità	
Analisi dei rischi standard secondo la norma EN ISO 14971 e s.m.i.	
Gestione tracciabilità prodotto (Ove richiesto)	
Per le lavorazioni esternalizzate: 1) indicazione della tipologia delle attività esternalizzate, supportandole con apposite procedure di gestione e controllo nel Sistema di Qualità Aziendale	
2) contratto/i all'uopo stipulati con aziende specificatamente organizzate, strutturate e dotate di un Sistema di Qualità a garanzia dei processi produttivi, nel rispetto delle normative vigenti	
Registro lavorazioni esternalizzate (Ove applicabile)	
Gestione non conformità (Registro)	
Gestione sinistri/mancati sinistri (Registro)	
Gestione reclami (Registro)	
Gestione manutenzione apparecchiature (Registro)	
Registro formazione del personale (Rendiconto annuale)	
Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O.:	Polizza n°: Compagnia:
Nome – n° Assicurazione R.C. professionale del Responsabile Tecnico: (Decreto del 7 agosto 2012, n. 137 art.5)	Nome e Cognome _____
	Polizza n°: Compagnia:
Nome – n° di iscrizione all'albo professionale Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario: (Decreto del 7 agosto 2012, n. 137 art.5)	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____
	Polizza n°: Compagnia:
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____
	Polizza n°: Compagnia::
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____
	Polizza n°: Compagnia:



Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi -
ortesi - ausili ortoprotesici

	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: _____ Compagnia: _____
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: _____ Compagnia: _____
Organigramma aziendale della sede operativa/filiale/succursale di cui viene fatta istanza (Pianta organica del personale esposta al pubblico)	

parte 3. DISPOSITIVI ED AUSILI PER CUI VIENE RICHIESTA L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE (ove fossero presenti più sedi indicare per ognuna di queste i dispositivi che s'intendono erogare)

PRESIDI ORTOPROTESICI

	Codice ISO	Descrizione famiglia dispositivi
Elenco dispositivi su misura prodotti: Riportare 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).		
Elenco dispositivi su misura prodotti: Riportare 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).	Codice ISO	Descrizione famiglia dispositivi

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi -
ortesi - ausili ortoprotesici

	non sarà addebitato alcun emolumento alla Asl.	
--	--	--

parte 4. REQUISITI ORGANIZZATIVI AZIENDE ORTOPROTESICHE			
Profilo professionale: professioni Sanitarie Area Tecnico Assistenziale			
Titolo abilitante: Tecnico Ortopedico: DM 14.09.1994 n. 665 (G.U. 3.12.1994, n. 283) Laurea - Diploma di laurea o titolo equipollente.			
Responsabile tecnico - Professionista sanitario tecnico ortopedico (è il professionista sanitario tecnico ortopedico con minimo cinque anni di esperienza documentata (dimostrabile anche attraverso autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000). Nel caso in cui la struttura opera su più sedi o filiali, il Responsabile tecnico può essere individuato in un'unica figura responsabile per tutte le sedi dalla rete della struttura. Nel caso in cui nella sede o filiale il ruolo di Responsabile Tecnico è svolto dal tecnico ortopedico (la cui presenza è prevista per l'intero arco della giornata), questi non potrà svolgere il ruolo di Responsabile Tecnico in altre sedi. Deve altresì essere garantita la presenza del tecnico ortopedico responsabile di sede per l'orario di accesso al pubblico previsto in ogni sito autorizzato:			
Cognome Nome:			
Codice Fiscale:			
Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo:			
N° iscrizione all'Ordine			
Tipologia rapporto di lavoro			
ORARIO DI LAVORO (specificare la presenza settimanale se il tecnico Ortopedico Responsabile svolge la sua attività anche presso altra sede, fino al raggiungimento del monte ore settimanali previste dal CCNL di categoria)	Per l'intero orario di apertura per l'intera settimana Dalle ore _____ alle ore _____ Dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/>	Ore n _____ per n _____ volte a settimana <input type="checkbox"/>	Nei giorni di: - Lunedì <input type="checkbox"/> - Martedì <input type="checkbox"/> - Mercoledì <input type="checkbox"/> - Giovedì <input type="checkbox"/> - Venerdì <input type="checkbox"/> - Sabato <input type="checkbox"/>
<u>Tecnici ortopedici</u>			
a) <input type="checkbox"/> Per la sede/filiali: (denominazione e sede per cui si chiede l'iscrizione) _____			
1) Cognome Nome:			
Codice Fiscale:			

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi -
ortesi - ausili ortoprotesici

Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo:		
N° iscrizione all'Ordine		
Tipologia rapporto di lavoro		
ORARIO DI LAVORO	<p style="text-align: center;">Per la Intero orario di apertura per l'intera settimana:</p> <p>Dalle ore _____ alle ore _____</p> <p>Dalle ore _____ alle ore _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	Nei giorni di: - Lunedì <input type="checkbox"/> - Martedì <input type="checkbox"/> - Mercoledì <input type="checkbox"/> - Giovedì <input type="checkbox"/> - Venerdì <input type="checkbox"/> - Sabato <input type="checkbox"/>
<u>Tecnici ortopedici</u>		
a) <input type="checkbox"/> Per la succursale (denominazione e sede per cui si chiede l'iscrizione) _____		
2) Cognome Nome:		
Codice Fiscale:		
Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo:		
N° iscrizione all'Ordine		
Tipologia rapporto di lavoro		
ORARIO DI LAVORO (specificare la presenza settimanale in ore. Se il Tecnico ortopedico svolge la sua attività anche presso altra succursale la disponibilità è fino al raggiungimento del monte ore settimanali previste dal CCNL di categoria)	<p>Ore n. _____ per n. _____ volte a settimana (per almeno 10 ore/settimana):</p> <p>Dalle ore _____ alle ore _____</p> <p>Dalle ore _____ alle ore _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	Nei giorni di: - Lunedì <input type="checkbox"/> - Martedì <input type="checkbox"/> - Mercoledì <input type="checkbox"/> - Giovedì <input type="checkbox"/> - Venerdì <input type="checkbox"/> - Sabato <input type="checkbox"/>

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi -
ortesi - ausili ortoprotesici

parte 5. DICHIARAZIONI FINALI	
Acquisizione crediti formativi ECM (N°/aa) Obbligo di assolvimento del credito formativo triennale per tecnico ortopedico pena l'applicazione delle sanzioni previste del D. Lg. N.229/1999 e successive modifiche.	<input type="checkbox"/>
Il Numero, giorni e orari di presenza del Tecnico Ortopedico la cui presenza deve essere assicurata per tutte le fasi relative alla fornitura (dalla presa in carico del paziente alla consegna del dispositivo) è comunicata all'utenza con apposito cartello informativo visibilmente esposto all'interno delle sedi/filiali/succursali	<input type="checkbox"/>
Nei locali delle Sedi Operative è esposto al pubblico l'organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale.	<input type="checkbox"/>
La presenza del Tecnico Ortopedico è garantita nei giorni prestabiliti per rilevazioni, prove e modifiche	<input type="checkbox"/>
L'orario e i giorni nei quali il Tecnico Ortopedico è presente sono esposti in maniera chiara e ben visibile al pubblico presso i locali delle sedi/filiali/succursali	<input type="checkbox"/>
L'orario e i giorni di apertura della struttura (sede, filiale/succursale) è esposto al pubblico con apposito cartello informativo visibilmente esposto come dichiarato nella parte 1 del presente allegato	<input type="checkbox"/>
L'orario e i giorni di apertura al pubblico (sede, filiale/succursale) è esposto al pubblico con apposito cartello informativo visibilmente esposto come dichiarato nella parte 1 del presente allegato	<input type="checkbox"/>
Per le sedi e le filiali il numero dei Tecnici e del Personale Addetto è perequato a tipologia e quantità delle prestazioni erogate, e comunque per una numerosità non inferiore alle unità di seguito specificate:	
n. 1 Tecnico Ortopedico per i dispositivi su misura e di serie predisposti presente per tutto l'orario di apertura della sede/filiale che potrà svolgere anche il ruolo di Tecnico Ortopedico Responsabile (con almeno 5 anni di esperienza dimostrabile anche attraverso autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000) che opera con rapporto di titolarità, mediante contratto di lavoro dipendente o libero professionale	<input type="checkbox"/>
Ove si forniscano prestazioni esterne e/o domiciliari deve essere presente un ulteriore Tecnico ortopedico	<input type="checkbox"/>
Per le succursali il numero dei Tecnici e del Personale Addetto è perequato a tipologia e quantità delle prestazioni erogate, e comunque per una numerosità non inferiore alle unità di seguito specificate:	
n. 1 Tecnico Ortopedico con almeno 2 anni di esperienza (dimostrabile anche attraverso autocertificazione ai sensi del dpr 445/2000) per almeno 10 ore a settimana, che può prestare la propria opera anche presso altre succursali fino al raggiungimento del numero massimo di ore previste dal CCNL applicato, che opera con rapporto di titolarità, mediante contratto di lavoro dipendente o libero professionale;	<input type="checkbox"/>



Schema di istanza

(da riprodurre su carta intestata del richiedente)

- Spett.le Direzione Generale

ASL _____

Pec:

Oggetto: richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori autorizzati all'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnici ortoprotesici.

Il/la sottoscritto/ain qualità di legale rappresentante della Dittachiede l'iscrizione nell'Elenco dei Fornitori di protesi, ortesi e ausili della Regione Campania" di cui all'Elenco 1 del D.M. 332/99, per la **SEDE OPERATIVA/FILIALE/SUCCURSALE** come indicata nell'Allegato A alla presente domanda che allega e sottoscrive

Dichiara, altresì:

1. che le informazioni in esso contenute (Allegato A) sono veritiere consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell' art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e che decadrà dai benefici emanati in conseguenza di una dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403.
2. di essere in possesso dei requisiti dichiarati e sottoscritti nell'allegato alla presente istanza, compatibilmente con la tipologia di dispositivi orto-protesi per i quali viene richiesta l'iscrizione in elenco.
3. di accettare le condizioni aggiuntive di erogazione indicate nell'Allegato A della DGRC 315 del 1/2/2000.

Il/la sottoscritto/a è inoltre a conoscenza del fatto che le informazioni rese nell'istanza, relative a stati, fatti e qualità personali, saranno utilizzate per quanto strettamente necessario per il procedimento cui si riferisce la presente dichiarazione (ai sensi del d.lgs. 196/2003 - Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

Data

Timbro e firma



Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi – ortesi – ausili ortoprotesici

parte 1. <u>SEDE OPERATIVA/FILIALE/SUCCURSALE PER CUI SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE E ORARI DI ACCESSO</u>			
Indicare se SEDE OPERATIVA <input type="checkbox"/> FILIALE <input type="checkbox"/> SUCCURSALE <input type="checkbox"/>			
<i>Nota: Per ogni altra sede operativa e filiale per cui si intenda richiedere l'iscrizione nell'Elenco dei dispositivi di cui all'Elenco 1 del DM 332/99 con spesa a carico dell'SSR va ripetuta l'istanza</i>			
Ragione sociale:			
Cognome e nome del Legale Rappresentante:			
Indirizzo Sede operativa/filiale/succursale:			
Partita IVA			
CODICE FISCALE			
Numero Iscrizione Camera di Commercio			
Numero REA			
Registrazione al Ministero della Salute n° ITCA:			
Data inizio attività dell'azienda			
Telefono:			
Fax:			
indirizzo PEC:			
E-mail:			
Sito web:			
Orario di apertura della struttura : dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____			
Nei giorni dal _____ al _____			
Orari di apertura al pubblico:			
Dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
Lunedì:			
Martedì:			
Mercoledì:			
Giovedì:			
Venerdì:			
Sabato:			
Domenica:			
parte 2. <u>REQUISITI DOCUMENTALI E AUTORIZZATIVI</u>			
Estremi licenza commerciale comunale ovvero data presentazione diap/scia (Documento licenza/autorizzazione all'esercizio dell'attività)			
Estremi Autorizzazione (Idoneità Igienico Sanitaria)			
D.V.R. per la salute e la salute dei lavoratori			



Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi – ortesi – ausili ortoprotesici

(Documento di valutazione dei rischi per la salute dei lavoratori redatto secondo il D.lgs. 81/08 e s.m.i.)	
Registro dei trattamenti (privacy)	
Sistema di gestione informatico	
Manuale di gestione della qualità	
Analisi dei rischi standard secondo la norma EN ISO 14971 e s.m.i.	
Gestione tracciabilità prodotto (Ove richiesto)	
Per le lavorazioni esternalizzate: 1) indicazione della tipologia delle attività esternalizzate, supportandole con apposite procedure di gestione e controllo nel Sistema di Qualità Aziendale	
2) contratto/i all'uopo stipulati con aziende specificatamente organizzate, strutturate e dotate di un Sistema di Qualità a garanzia dei processi produttivi, nel rispetto delle normative vigente	
Registro lavorazioni esternalizzate (Ove applicabile)	
Gestione non conformità (Registro)	
Gestione sinistri/mancati sinistri (Registro)	
Gestione reclami (Registro)	
Gestione manutenzione apparecchiature (Registro)	
Registro formazione del personale (Rendiconto annuale)	
Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O.:	Polizza n°: Compagnia:
Nome – n° Assicurazione R.C. professionale del Responsabile Tecnico: (Decreto del 7 agosto 2012, n. 137 art.5)	Nome e Cognome _____
	Polizza n°: Compagnia:
Nome – n° di iscrizione all'albo professionale Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario: (Decreto del 7 agosto 2012, n. 137 art.5)	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: Compagnia:
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: Compagnia:
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: Compagnia::
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: Compagnia:



Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi – ortesi – ausili ortoprotesici

	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: _____ Compagnia: _____
	Nome e Cognome n. iscrizione all'ordine _____ Polizza n°: _____ Compagnia: _____
Organigramma aziendale della sede operativa/filiale/succursale di cui viene fatta istanza (Pianta organica del personale esposta al pubblico)	

parte 3. <u>DISPOSITIVI ED AUSILI PER CUI VIENE RICHIESTA L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE</u> (ove fossero presenti più sedi indicare per ognuna di queste i dispositivi che s'intendono erogare)		
<u>PRESIDI ORTOPROTESICI</u>		
Elenco dispositivi su misura prodotti: Riportare 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).	Codice ISO	Descrizione famiglia dispositivi
Elenco dispositivi su misura prodotti: Riportare 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).	Codice ISO	Descrizione famiglia dispositivi

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi –
ortesi – ausili ortoprotesici

	non sarà addebitato alcun emolumento alla Asl.	
--	--	--

parte 4. REQUISITI ORGANIZZATIVI AZIENDE ORTOPROTESICHE**Profilo professionale: professioni Sanitarie Area Tecnico Assistenziale****Titolo abilitante: Tecnico Ortopedico: DM 14.09.1994 n. 665 (G.U. 3.12.1994, n. 283) Laurea – Diploma di laurea o titolo equipollente.**

Responsabile tecnico – Professionista sanitario tecnico ortopedico (è il professionista sanitario tecnico ortopedico con minimo **cinque** anni di esperienza documentata (dimostrabile anche attraverso autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000). Nel caso in cui la struttura opera su più sedi o filiali, il Responsabile tecnico può essere individuato in un'unica figura responsabile per tutte le sedi dalla rete della struttura. Nel caso in cui nella sede o filiale il ruolo di Responsabile Tecnico è svolto dal tecnico ortopedico (la cui presenza è prevista per l'intero arco della giornata), questi non potrà svolgere il ruolo di Responsabile Tecnico in altre sedi. Deve altresì essere garantita la presenza del tecnico ortopedico responsabile di sede per l'orario di accesso al pubblico previsto in ogni sito autorizzato:

Cognome Nome:			
Codice Fiscale:			
Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo:			
N° iscrizione all'Ordine			
Tipologia rapporto di lavoro			
ORARIO DI LAVORO (specificare la presenza settimanale se il <u>tecnico Ortopedico Responsabile</u> svolge la sua attività anche presso altra sede, fino al raggiungimento del monte ore settimanali previste dal CCNL di categoria)	Per l'intero orario di apertura per l'intera settimana Dalle ore _____ alle ore _____ Dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/>	Ore n. _____ per n. _____ volte a settimana <input type="checkbox"/>	Nei giorni di: - Lunedì <input type="checkbox"/> - Martedì <input type="checkbox"/> - Mercoledì <input type="checkbox"/> - Giovedì <input type="checkbox"/> - Venerdì <input type="checkbox"/> - Sabato <input type="checkbox"/>

Tecnici ortopedicia) **Per la sede/filiali: (denominazione e sede per cui si chiede l'iscrizione)**

1) Cognome Nome:	
Codice Fiscale:	

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi –
ortesi – ausili ortoprotesici

Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo:		
N° iscrizione all'Ordine		
Tipologia rapporto di lavoro		
ORARIO DI LAVORO	Per la Intero orario di apertura per l'intera settimana: Dalle ore _____ alle ore _____ Dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/>	Nei giorni di: - Lunedì <input type="checkbox"/> - Martedì <input type="checkbox"/> - Mercoledì <input type="checkbox"/> - Giovedì <input type="checkbox"/> - Venerdì <input type="checkbox"/> - Sabato <input type="checkbox"/>
<u>Tecnici ortopedici</u>		
a) <input type="checkbox"/> Per la succursale (denominazione e sede per cui si chiede l'iscrizione) _____		
2) Cognome Nome:		
Codice Fiscale:		
Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo:		
N° iscrizione all'Ordine		
Tipologia rapporto di lavoro		
ORARIO DI LAVORO (specificare la presenza settimanale in ore. Se il Tecnico ortopedico svolge la sua attività anche presso altra succursale la disponibilità è fino al raggiungimento del monte ore settimanali previste dal CCNL di categoria)	Ore n. _____ per n. _____ volte a settimana (per almeno 10 ore/settimana): Dalle ore _____ alle ore _____ Dalle ore _____ alle ore _____ <input type="checkbox"/>	Nei giorni di: - Lunedì <input type="checkbox"/> - Martedì <input type="checkbox"/> - Mercoledì <input type="checkbox"/> - Giovedì <input type="checkbox"/> - Venerdì <input type="checkbox"/> - Sabato <input type="checkbox"/>

Richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori di protesi –
ortesi – ausili ortoprotesici

parte 5. DICHIARAZIONI FINALI	
Acquisizione crediti formativi ECM (N°/aa) Obbligo di assolvimento del credito formativo triennale per tecnico ortopedico pena l'applicazione delle sanzioni previste del D. Lg. N.229/1999 e successive modifiche.	<input type="checkbox"/>
Il Numero, giorni e orari di presenza del Tecnico Ortopedico la cui presenza deve essere assicurata per tutte le fasi relative alla fornitura (dalla presa in carico del paziente alla consegna del dispositivo) è comunicata all'utenza con apposito cartello informativo visibilmente esposto all'interno delle sedi/filiali/succursali	<input type="checkbox"/>
Nei locali delle Sedi Operative è esposto al pubblico l'organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale.	<input type="checkbox"/>
La presenza del Tecnico Ortopedico è garantita nei giorni prestabiliti per rilevazioni, prove e modifiche	<input type="checkbox"/>
L'orario e i giorni nei quali il Tecnico Ortopedico è presente sono esposti in maniera chiara e ben visibile al pubblico presso i locali delle sedi/filiali/succursali	<input type="checkbox"/>
L'orario e i giorni di apertura della struttura (sede, filiale/succursale) è esposto al pubblico con apposito cartello informativo visibilmente esposto come dichiarato nella parte 1 del presente allegato	<input type="checkbox"/>
L'orario e i giorni di apertura al pubblico (sede, filiale/succursale) è esposto al pubblico con apposito cartello informativo visibilmente esposto come dichiarato nella parte 1 del presente allegato	<input type="checkbox"/>
Per le sedi e le filiali il numero dei Tecnici e del Personale Addetto è perequato a tipologia e quantità delle prestazioni erogate, e comunque per una numerosità non inferiore alle unità di seguito specificate:	
n. 1 Tecnico Ortopedico per i dispositivi su misura e di serie predisposti presente per tutto l'orario di apertura della sede/filiale che potrà svolgere anche il ruolo di Tecnico Ortopedico Responsabile (con almeno 5 anni di esperienza dimostrabile anche attraverso autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000) che opera con rapporto di titolarità, mediante contratto di lavoro dipendente o libero professionale	<input type="checkbox"/>
Ove si forniscano prestazioni esterne e/o domiciliari deve essere presente un ulteriore Tecnico ortopedico	<input type="checkbox"/>
Per le succursali il numero dei Tecnici e del Personale Addetto è perequato a tipologia e quantità delle prestazioni erogate, e comunque per una numerosità non inferiore alle unità di seguito specificate:	
n. 1 Tecnico Ortopedico con almeno 2 anni di esperienza (dimostrabile anche attraverso autocertificazione ai sensi del dpr 445/2000) per almeno 10 ore a settimana, che può prestare la propria opera anche presso altre succursali fino al raggiungimento del numero massimo di ore previste dal CCNL applicato, che opera con rapporto di titolarità, mediante contratto di lavoro dipendente o libero professionale;	<input type="checkbox"/>