**SCHEDA DI ISCRIZIONE – ESERCIZI DI OTTICA**

**da allegare all’Istanza di iscrizione/variazione sede Elenco regionale Fornitori di protesi, ortesi e ausili sezione ATS Val Padana**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………CODICE FISCALE ………………………..………………………………………………………… Legale Rappresentante dell’Azienda ……………………………………………………………………………...al fine di richiedere l’iscrizione **all’Elenco Regionale Fornitori di protesi, ortesi, ausili di cui all’Elenco 1 D.M. 332/99 – sezione ATS Val Padana**, della filiale (numero filiale/denominazione/Comune):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

consapevole delle sanzioni previste agli artt. 75 - 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,

**DICHIARA**

ai sensi dell’art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

|  |
| --- |
| 1. **ANAGRAFICA**
 |
| **Ragione sociale**  |  |
| **Sede legale**  |  |
| **Partita IVA**  |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Numero REA**  |  |
| **Registrazione alMinistero della Salute:n. ITCA (sede legale)** | *(solo per aziende fornitrici di dispositivi "su misura" aziende ortopediche ed esercizi di ottica)* |
|  |
| **Data inizio attività** |  |
| **Cognome Nome Titolare** |   |
| **Cognome e NomeAmministratore/i** |   |
| **RIFERIMENTI PER IL PUBBLICO** |
| **Telefono** |  |  |  |  |  |  |
| **Fax** |  |  |  |  |  |  |
| **E-mail**  |  |  |  |  |  |  |
| **Sito web** |  |  |  |  |  |  |
| **SEDE OPERATIVA ORARI DI ACCESSO (vedi Nota 1 pag. 4)** |
| **Indirizzo** |  |
| **CAP** |  |
| **Comune** |  |
| **Orari di aperturaal pubblico** |  |
| **SEDE LABORATORIO (produzione dispositivi protesici "su misura")** |
| **Indirizzo** |  |
| **CAP** |  |
| **Comune** |  |

|  |
| --- |
| 1. **ATTIVITA' E PRESTAZIONI EROGATE**
 |
| **Elenco dispositivi forniti** | *Utilizzare i titoli delle famiglie e le relative classi/sottoclassi/divisioni di cui al Nomenclatore Tariffario* |
|   |
|   |
|   |
|   |
|  |
| **Presidi su misura** | *Barrare la voce di interesse* 🞏 SI 🞏 NO |
| **Realizzazione dispositivi** | Specificare se con componenti provvisti di marchiatura CE o con materiali aventi caratteristiche e prestazioni conformi alle norme armonizzate applicabili. *(Barrare la/le voce/i che interessa/no)* |
| 🞏 Con componenti provvisti di marchiatura CE🞏 Materiali aventi caratteristiche e prestazioni conformi alle norme armonizzate applicabili🞏 Entrambi |
| **Tempi di consegna dispositivi** | Indicare i dispositivi per i quali il tempo di consegna è ridotto almeno del 25% rispetto alla normativa*(Barrare la/le voce/i che interessa/no)* |
| 🞏 plantari prescritti singolarmente non accompagnati da scarpe su misura |
| 🞏 calzature ortopediche predisposte di serie |
| 🞏 tutori per arto superiore e inferiore fatti con elementi predisposti direttamente adattati sul paziente |
| 🞏 carrozzelle standard e dispositivi per la deambulazione standard |
| 🞏 dispositivi addominali |
| 🞏 protesi fisiognomiche |
| **Consegna/installazione/addestramentoa domicilio del dispositivo,purché il luogo di consegna sia nel Comune di residenza del paziente** | *Gratuita per pazienti non trasportabili o ricoverati. Per le altre categorie di pazienti, gratuita per presidi non trasportabili in automobile. Negli altri casi, la tabella con le tariffe di servizio deve essere esposta al pubblico.*  |
| **Fornitura presidi sostitutivi in caso di guasto, malfunzionamento o alterazione del dispositivo, rispetto alle condizioni di integrità esistenti all'atto della consegna, entro il periodo di garanzia** | *Fornitura di un dispositivo estemporaneo di riserva/cortesia per ausili predisposti.Riparazione senza ritardo per i dispositivi su misura.Accoglierà domande di riparazione dispositivi, laddove la riparazione sia prevista dal DM 322/99, assicurando tempi di riparazione non superiori al 40% dei tempi massimi di fornitura indicati, con decorrenza dalla presa in carico del dispositivo.* |

|  |
| --- |
| 1. **REQUISITI MINIMI DOCUMENTALI E AUTORIZZATIVI**
 |
| **Estremi licenza commerciale comunale ovvero data presentazione DIAP/SCIA/SUAP** | 🞏 LICENZA Documento n............................ data ............................. prot. ............................. |
| 🞏 SCIA Documento n............................ data ............................. prot. ............................. |
| 🞏 DIAP Documento n............................ data ............................. prot. ............................. |
| **Sistema di gestione dei dati personali, ai sensi del Codice Privacy D. lgs. 196/2003 come modificato dal Regolamento UE 2016/679** | 🞏 SI Aggiornamento annuale: 🞏 SI 🞏 NO🞏 NO |
| **Responsabile della procedura"percorso protesico on-line"*(allegare dichiarazione, sottoscritta dal Legale Rappresentante e dal Responsabile nominato)*** | Cognome  |
| Nome  |
| C.F.  |
| **Elenco nominativi addetti al "percorso protesico on-line"****(allegare copia documento di identità in corso di validità, copia T.S./C.F.)** | 1) Cognome …………………………………. Nome ……………………………………C.F. …………………………………………. Qualifica …………………………………2) Cognome …………………………………. Nome ……………………………………C.F. …………………………………………. Qualifica …………………………………3) Cognome …………………………………. Nome ……………………………………C.F. …………………………………………. Qualifica …………………………………4) Cognome …………………………………. Nome ……………………………………C.F. …………………………………………. Qualifica …………………………………5) Cognome …………………………………. Nome ……………………………………C.F. …………………………………………. Qualifica ………………………………… |
| **Manuale di gestione della qualità** | Aggiornamento del …………………….….. *(normativa vigente)* |
| **Fascicoli analisi dei rischi** | Aggiornamento del ………………………… *(normativa vigente - revisione massima triennale)* |
| **\*Gestione tracciabilità prodotto** | 🞏 SI 🞏 NO  |
| **\*Gestione non conformità** | 🞏 SI 🞏 NO |
| **\*Gestione sinistri/mancati sinistri** | 🞏 SI 🞏 NO |
| **\*Gestione reclami** | 🞏 SI 🞏 NO |
| **\*Gestione della manutenzione apparecchiature** | 🞏 SI 🞏 NO |
| **\*Registro rifiuti speciali/ sistema SISTRI** | 🞏 SI 🞏 NO |
| **Registro formazione del personale** | Aggiornamento annuale 🞏 SI 🞏 NO |
| **Copertura assicurativa prodotto e azienda** | *Disponibile presso la sede legale della Ditta*🞏 SI 🞏 NO |
| *\*OVE RICHIESTO* |
| **Assicurazione professionale operatori** | *Disponibile presso la sede legale della Ditta*🞏 SI 🞏 NO |
| **Sedi e filiali****(ubicazione)** | **Nota 1. - REQUISITI STRUTTURALI GENERALI**Non è consentito alle Aziende introdurre qualsiasi attività di recapito o punto di contatto presso sedi che non siano comprese nell’elenco Regionale.Qualora l’azienda intenda svolgere la propria attività tramite più sedi, filiali e succursali – anche in ambiti territoriali di ASL e/o Regioni diverse da quella della sede principale – ciascuna delle stesse dovrà essere necessariamente abilitata dalla rispettiva ASL o Regione in cui opera, ovvero possedere i requisiti generali e specifici strettamente correlati alla tipologia delle prestazioni che si intendono erogare.I locali e gli spazi devono essere correlati al volume e alla tipologia delle prestazioni erogate.In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in base a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008. |

|  |
| --- |
| 1. **REQUISITI MINIMI FUNZIONALI**
 |
| **Cognome e Nome****Tecnici presenti in sede con rapporto esclusivo** | …………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………….. |
| **Codice Fiscale****Tecnici presenti in sede con rapporto esclusivo** | …………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………….. |
| **Titolo di studio****Tecnici presenti in sede con rapporto esclusivo** | …………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………….. |
| **Profilo professionaleArt.1, comma 2 del DM 332/99****Professioni Tecnico-Sanitarie (area tecnico assistenziale)** | 🞏 Tecnico ortopedico |
| 🞏 Tecnico audioprotesista |
| 🞏 Ottico |
| **Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo** | 1° tecnico ………………………………………………………………..2° tecnico ………………………………………………………………..3° tecnico ……………………………………………………………….. |
| **Data di conseguimento** | 1° tecnico ………………………………………………………………..2° tecnico ………………………………………………………………..3° tecnico ……………………………………………………………….. |
| **Tipologia di rapporto di lavorodel/i tecnico/i**  | Ove l’azienda presentasse domanda per tutti i codici di cui all’elenco 1 ex DM 332/99 deve esporre nei locali l’organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale.Presenza organigramma 🞏 SI 🞏 NOCartellino identificativo tecnico/i 🞏 SI 🞏 NOIl numero dei tecnici minimo è di 1 unità con una crescita funzionale al volume delle prestazioni erogate/eroganti. |
| 🞏 Dipendente |
| 🞏 Libero-professionale |
| 🞏 Altro (specificare)  |
| **Giorni e oraridi presenza presso la sede del/i tecnico/i** | Il personale tecnico ottico deve operare in nome e per conto dell’azienda mediante un rapporto di lavoro esclusivo che ne assicuri la presenza per l’intero orario di apertura, fatte salve le eventuali assenze per giustificato motivo documentabile.  |
| LUNEDI |   |
| MARTEDÌ |   |
| MERCOLEDÌ |   |
| GIOVEDÌ |   |
| VENERDÌ |   |
| SABATO |   |
| **Utilizzo software web regionale Assistant-RL** | Presenza di adeguata dotazione hardware e collegamento web.🞏 SI 🞏 NOUtilizzo in loco del software web regionale Assistant-RL per ricezione prescrizioni, presa in carico, registrazione forniture e rendicontazione prestazioni.🞏 SI 🞏 NO |
| **Certificazioni di qualità(qualora in possesso)** | Indicare n. certificato, tipologia, ente certificatore e data scadenza.Segnalare, inoltre, l’eventuale dotazione di codice etico e/o comitato di sorveglianza a norma L. 231. |
| N. certificato |   |
| Tipologia |   |
| Ente certificatore |   |
| Data scadenza |   |
| Codice etico e/ocomitato di sorveglianza a norma L. 231 |  🞏 SI 🞏 NO |

|  |
| --- |
| 1. **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI SPECIFICI – ESERCIZIO DI OTTICA**
 |
| **Superficie della sede** | MQ …..……….…………… |
| La sede dell’azienda abilitata deve essere localizzata in ambienti proporzionati, per dimensione e riparto di vani, al volume di prestazioni erogate da ciascuna e comunque idonei a garantire un‘accoglienza adeguata ed un servizio appropriato alla tipologia delle prestazioni protesiche fornite. |
| **Numero locali** | ………..…………….. |
| **Destinazione d'uso** | La ripartizione dei vani dovrà comunque prevedere:* la **sala di aspetto**: lo spazio per l’attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
* la **sala per l’individuazione, le prove, l’adattamento e l'applicazione addestramento e assistenza** (zona optometria, zona fornitura e zona tecnico-operativa) **ben distinta da quella di aspetto** per la tutela della riservatezza dei soggetti interessati; la tutela della riservatezza dei soggetti interessati;
* un **locale laboratorio** in misura e spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature e del personale proporzionati a tipologia e quantità delle prestazioni protesiche che si intendono erogare.Deve essere garantito il rispetto della normativa vigente in materia di ambienti di lavoro (D. Lgs. 81/2008).
 |
| Sala di aspetto: Sala per l’individuazione, le prove, l’adattamento e l'applicazione, l'addestramento e l'assistenzaLocale laboratorio:Altri locali: | 🞏 SI 🞏 NO🞏 SI 🞏 NO🞏 SI 🞏 NO🞏 SI 🞏 NO(descrizione):………………………………………………………………………………………… |
| **Nota 2** - È fatto divieto, per le aziende abilitate, di introdurre attività di recapito presso strutture in cui si svolgono differenti attività commerciali sanitarie e non sanitarie (ad es.: farmacia, parafarmacia, sanitaria, ecc.). |
| **Accessibilità dei locali** | La zona aperta agli utenti disabili dovrebbe essere priva di barriere architettoniche oppure dotata di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe...etc.).🞏 SI 🞏 NO ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende fornitrici mantengono l'accreditamento in via provvisoria per tre anni, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato. |
| **Servizio igienico** | I locali devono essere dotati di un servizio igienico congruo, attrezzato e fruibile dalle "diverse abilità" che si vuole assistere. 🞏 SI 🞏 NO ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Estremi agibilità odata comunicazione Comune** | I locali utilizzati da ciascuna sede debbono risultare in possesso del requisito dell'agibilità e di tutti gli altri requisiti riferiti ad un regolare esercizio di attività di tipo commerciale ovvero produttivo, compresi quello della salubrità ambientale e della sicurezza sul lavoro D. Lgs. 81/2008.Documento n. ....................... data ……................... Prot. ………................. |
| **FILIALI E SEDI DISTACCATE**  | **Nota 3** - Le filiali di aziende iscritte nell’elenco regionale, possono espletare attività di rilevazione misure, le prove, l'adattamento e l'applicazione addestramento e assistenza (zona optometria, zona fornitura e zona tecnico-operativa) ben distinta da quella di aspetto per la tutela della riservatezza dei soggetti interessati e con le relative attività amministrative se in possesso delle seguenti caratteristiche:a) devono essere dichiarate presso la ATS competente del territorio su cui ricadono (codifica ATS per ogni filiale);b) deve essere garantita la presenza del tecnico ottico optometrista per l’intero orario di attività della struttura;c) la struttura deve essere munita di una sala di attesa con relativa ricezione, una sala prova (zona optometria, zona fornitura e zona tecnico-operativa) e servizi igienici. |

|  |
| --- |
| 1. **REQUISITI MINIMI ATTREZZATURE SPECIFICHE – ESERCIZI DI OTTICA**
 |
| ( ) | Fronticometro,  |
| ( ) | Forottero o cassetta optometria,  |
| ( ) | Ottotipo luminoso o a proiezione,  |
| ( ) | Test lettura per ipovedenti,  |
| ( ) | Lampada a fessura,  |
| ( ) | Retinoscopio,  |
| ( ) | Schiascopio,  |
| ( ) | Oftalmometro |
| ( ) | Test lacrimali,  |
| ( ) | Sistemi di disinfezione lenti a contatto,  |
| ( ) | Set lenti ingrandenti per individuazione e prova,  |
| ( ) | Set lenti a contatto per individuazione e prova |
| ( ) | Set sistemi telescopici per individuazione e prova |
| ( ) | Mola |
| ( ) | Ventiletta |
| ( ) | Autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori) |

|  |
| --- |
| Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'** |