

**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale



Allegato A al Decreto n.

1 del

- 5 GEN. 2010

pag. 1/3

**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-Protesica-Dispositivi Medici  
Rio Novo – Dorsoduro 3493  
30123 Venezia  
Pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto: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<br>(necessaria ai fini dell'erogazione dei dispositivi su misura): |                                                                                                                                                                            |
| Data inizio attività dell'azienda:                                                                                 |                                                                                                                                                                            |
| Telefono:                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |
| Fax:                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |
| Indirizzo PEC / E-Mail:                                                                                            |                                                                                                                                                                            |
| Sito web:                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |
| <b>Classificazione Fornitore</b>                                                                                   | <b>Azienda Ortopedica</b> <input type="checkbox"/><br><b>Azienda Audioprotesica</b> <input type="checkbox"/><br><b>Azienda Ottica Optometrica</b> <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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                                                        |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Elenco dispositivi su misura prodotti:</b><br><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"/> |
| <b>Elenco ausili specialistici forniti per i quali è necessaria nel corso dell'erogazione l'assistenza di una figura professionale tecnico sanitaria:</b><br><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.**

