

ALLEGATO 2

**Modulo della domanda di autorizzazione da inviare ai seguenti indirizzi PEC:**  
**protocollo@aslc1.legalmailPA.it**  
**assistenza.farmaceutica@cert.regione.piemonte.it**

Al Direttore Generale  
dell'ASL

e p.c. Alla Regione Piemonte  
Settore Assistenza Farmaceutica  
Integrativa e Protesica

**OGGETTO: richiesta di autorizzazione all'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, di ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza.**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a ..... il..... in qualità di

titolare/legale rappresentante della ditta/società:

.....

con sede legale in (indicare l'indirizzo completo)

.....

Codice Fiscale/Partita IVA

.....

Telefono ..... Cellulare ..... Fax.....

mail .....

**ai sensi delle attuali disposizioni regionali in materia, di cui alla D.G.R. n. 47-7790 del 30.10.2018**

**CHIEDE**

**di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ausili per la gestione dell'incontinenza per assorbenza di cui alla DGR n. 47-7790 del 30.10.2018.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, nella consapevolezza delle conseguenze penali derivanti da dichiarazioni mendaci e falsità negli atti ex art. 76 D.P.R. n. 445/2000, dichiara che:

a) non si trova in stato di liquidazione, fallimento, sospensione dell'attività commerciale, amministrazione controllata, concordato preventivo o qualsiasi altra situazione equivalente che

non si è precedentemente trovata in analoga situazione, nonché non risulta in corso alcun procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni;

- b) a carico dei propri amministratori non è stata emessa alcuna sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per qualsiasi reato che incide sulla loro moralità professionale o per delitti finanziari;
- c) nell'esercizio della propria attività professionale non è stato commesso un errore grave accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto da un'amministrazione aggiudicatrice;
- d) è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori, nonché con il pagamento delle imposte e delle tasse;
- e) non si è resa gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire informazioni relative alla capacità economica, finanziaria e tecnica, nonché all'iscrizione nei registri professionali in elenchi ufficiali dei prestatori di servizi;
- f) non sussistono a suo carico ed a carico dei soggetti di cui all'art. 10 della L. 575/65 ed all'art. 4 del D. Lgs. 490/94 le cause interdittive ivi previste;
- g) di essere in regola con la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili (L. 23.3.1999, n. 68);
- h) non si trova in una situazione di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione secondo quanto prevede il D. L.gs n. 231/2001;
- i) non si è avvalsa dei piani individuali di emersione previsti dalla legge n. 383/2001 oppure si è avvalsa dei piani di emersione previsti dalla legge n. 383/2001, dando però atto che gli stessi si sono conclusi.

Dichiara, inoltre, che l'impresa è regolarmente autorizzata alla vendita e si allega copia della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) o precedente documento autorizzativo.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente e ad impegnarsi a darne piena attuazione .

**A tal fine dichiara, nel rispetto della D.G.R. n. 47-7790 del 30.10.2018, che il suo punto commerciale garantirà la presenza di un operatore sanitario, operante in nome e per conto del fornitore mediante un rapporto di dipendenza o professionale che ne assicuri la presenza per almeno 10 ore alla settimana, distribuite su almeno 5 giorni.**

Tale operatore sanitario è identificabile come sotto riportato:

- Nome e cognome: .....
- Indicare se titolare o dipendente; tipologia di contratto...

.....  
.....

- Titolo di studio: .....

A riguardo si allega la autocertificazione del titolo di studio conseguito, utilizzando il modello allegato.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario n°:

.....

Istituto di Credito .....

Indirizzo: .....

filiale/agenzia: .....

Intestato a: .....

IBAN .....

Firma e timbro del titolare o legale rappresentante

.....

.....

*(data)*

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio relativo all'attività da svolgere ai sensi della DGR n. 47-7790 del 30.10.2018:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con il seguente punteggio \_\_\_\_\_

*Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455*

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\*

**Si allega copia di valido documento d'identità**