

**ALL. 3 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**INAIL**  
**DIREZIONE REGIONALE PIEMONTE**  
**Corso Galileo Ferraris, 1**  
**10121 – TORINO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47– T.U. n. 445/2000)**

**da presentare alla Pubblica Amministrazione e/o ai gestori di pubblici servizi**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la scelta che interessa):

- Persona fisica/titolare
- Legale rappresentante

della struttura \_\_\_\_\_,

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_,

E mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_,

ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 T.U. 28/12/2000 n.445) e della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

- che l'attività professionale è esercitata da almeno cinque anni;
- che la struttura è ubicata in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ ed è autorizzata all'esercizio dell'attività con atto n. \_\_\_\_\_ del (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_;

- che presso tale struttura operano i seguenti ODONTOIATRI ed eventuale altro personale MEDICO, iscritti ai relativi Albi:

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ N. ISCR. ALBO \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ N. ISCR. ALBO \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ N. ISCR. ALBO \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ N. ISCR. ALBO \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ N. ISCR. ALBO \_\_\_\_\_

in possesso delle specializzazioni richieste, in regola con gli adempimenti formativi obbligatori (ECM)

- che presso tale struttura opera personale ASO in regola con i previsti corsi di formazione regionale;
- che la struttura è in regola rispetto alle norme sulla sicurezza, sulla sicurezza degli impianti di radiologia, a quanto previsto dalle norme sulla radioprotezione nonché rispetto alle misure di contenimento del contagio da COVID19;
- che la struttura è priva di barriere architettoniche;
- che risulta aperta presso INAIL posizione assicurativa PAT n. \_\_\_\_\_  
Codice Cliente n. \_\_\_\_\_ e iscrizione all'INPS Matricola n. \_\_\_\_\_;
- che la struttura è in possesso di una adeguata copertura assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi (stipulata con la Compagnia \_\_\_\_\_) nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali per tutta la durata della Convenzione;
- di essere in possesso polizza assicurativa, in corso di validità, a garanzia della responsabilità professionale (stipulata con la Compagnia \_\_\_\_\_);
- che la struttura ha in dotazione di apparecchiature radiologiche idonee a formulare una corretta diagnosi (clinica – medico legale) e conseguenti protocolli riabilitativi e dotazione di strumentazione fotografica atta a documentare le cure eseguite;
- che la struttura ha in dotazione di strumentazione idonea a consentire l'invio telematico di immagini radiografiche e di immagini fotografiche endorali digitali e di referti, alle competenti strutture dell'Inail;
- che la struttura è regolare dal punto di vista contributivo con INAIL e INPS;
- di essere legittimato/a alla firma in virtù della carica ricoperta;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

### **SI IMPEGNA**

a comunicare via PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma leggibile del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_