

ALL. 1 – MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

INAIL
DIREZIONE REGIONALE PER
L'EMILIA ROMAGNA
Galleria 2 agosto 1980 n. 5/A
40121 – BOLOGNA

Manifestazione di interesse all'avviso pubblico per la stipula di convenzioni per l'espletamento di prestazioni odontoiatriche

Il sottoscritto _____ in qualità di Legale Rappresentante p.t./Titolare dello Studio _____, nato a _____ il _____ domiciliato nel Comune di _____ Provincia _____ (Via / Piazza) _____ n. _____, Tel. _____; C.F. _____ cellulare _____; email _____ PEC _____

Con studio / ambulatorio:

in Via _____ n. _____;
Comune di _____ Provincia _____;
Codice Fiscale _____;
Partita IVA _____;

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico per la stipula di convenzioni per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche specificate al punto 1) dell'avviso pubblico.

DICHIARA

Che lo Studio è in regola relativamente a:

- Autorizzazione all'esercizio delle prestazioni odontoiatriche;
- Iscrizione ai rispettivi albi del personale odontoiatra e/o medico presente nella struttura;
- Possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni oggetto della convenzione da parte del personale presente in struttura;
- Conseguimento dei crediti formativi obbligatori di odontoiatri e/o medici e, per gli ASO, partecipazione ai corsi di aggiornamento;
- Regolarità contributiva;
- Rispetto delle normative in tema di sicurezza e di radioprotezione;

Allega alla presente:

- Dichiarazione sostitutiva rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e della L. 183/2011 e s.m.i. per i requisiti richiesti dall'Avviso (allegato 2);
- Nomenclatore tariffario odontoiatrico Inail regione Emilia Romagna dicembre 2022 compilato e sottoscritto in ogni pagina per accettazione (allegato 3);
- Scheda della struttura con indicazione dei contatti e delle coordinate bancarie (allegato 4)
- Copia della/e polizza/e assicurativa/e RC completa/e e in corso e dell'ultima quietanza di pagamento del premio;
- Dichiarazione sostitutiva rilasciata ai sensi del DPR 445/2000 e della L. 183/2011 e s.m.i su mancanza di barriere architettoniche;
- Fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge;

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/Titolare
