

² Utilizzare Modello 1-ter.

5) Che lo studio svolge le seguenti attività ⁽³⁾:

	Codice	Prestazione
	Od01	Attività peritali
	Od02	Conservativa
	Od03	Endodonzia
	Od04	Igiene e profilassi odontoiatrica
	Od05	Chirurgia orale, in pazienti di età comunque superiore a cinque anni senza asportazione di neoformazioni di dimensioni superiori a 2,5 cm
	Od06	Implantologia in pazienti di età comunque superiore a cinque anni
	Od07	Ortodonzia
	Od08	Parodontologia
	Od09	Protesi
	Od10	Diagnostica per immagini settoriale, strumentale e strettamente connessa all'attività professionale odontoiatrica (uso Ortopantomografo e/o altro apparecchio radiologico endorale)
	Od11	Anestesia locale strettamente connessa all'attività professionale odontoiatrica.
	OdOmni	Tutte le prestazioni indicate dai codici che vanno da Od01 a Od11.

ALLEGA

inoltre, alla presente la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 della Legge n. 445/2000, in conformità alle previsioni del *“Disciplinare tecnico relativo ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per all'esercizio degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie che erogano prestazioni di odontostomatologia”* ⁽⁴⁾.
- planimetria generale dello studio odontoiatrico in scala 1:100;
- documentazione attestante il possesso dell'immobile o copia del contratto di locazione, comodato d'uso o *leasing* relativo all'immobile;
- l'elenco delle attrezzature e dei gas medicali ove richiesti;
- copia del contratto per lo smaltimento dei rifiuti speciali;
- l'elenco nominativo del personale, con i relativi titoli di studio e CCNL che sarà applicato all'avvio dell'attività, e l'indicazione delle rispettive responsabilità all'interno dello studio;
- copia delle autocertificazioni sulla insussistenza di incompatibilità, rilasciate dal personale di cui alla lettera precedente ai sensi del DPR 445 del 28 dicembre 2000;
- il regolamento interno, ove esistente.

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente a tutte le amministrazioni in indirizzo qualsiasi variazione dei requisiti minimi e/o di quanto trasmesso in allegato alla presente S.C.I.A.;
- stante l'art. 6 lettera “i” dell'Allegato “A” alla L.R. n. 10/2016, a comunicare l'eventuale vendita o rottamazione di riuniti la cui detenzione è stata dichiarata e/o l'acquisto di nuovi riuniti al Dipartimento Tutela della salute e politiche sanitarie della Regione Calabria, all'Azienda sanitaria provinciale ed all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri territorialmente competenti.

AUTORIZZA

le amministrazioni in indirizzo al trattamento dei dati personali per le finalità istituzionali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003;

_____, _____ / ____ / ____
(luogo) (data)

Firma

³ Barrare con una “X” una o più caselle vuote riferite alle attività interessate. Per lo svolgimento di tutte le attività consentite, barrare esclusivamente la casella corrispondente al codice **“OdOmni”**

⁴ Utilizzare Modello 1-bis.