



MODELLO DI DOMANDA

Applicare
 MARCA DA BOLLO
 (€16,00) secondo le vigenti disposizioni in materia

Al Direttore Generale
 Azienda ULSS n.
 PEC _____

Oggetto:

- Richiesta di autorizzazione alla nuova fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori (per nuovi erogatori) *
- Richiesta di autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN per il mantenimento della propria inclusione nell'elenco regionale degli erogatori (per erogatori già presenti nell'elenco regionale in virtù della DGR n. 83/2000) *

(* selezionare l'oggetto pertinente)

Il/la sottoscritto/a
 nato/a a.....
 il.....
 in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società (indicare ragione sociale).....

di cui si riportano di seguito i dati

Indirizzo della sede legale (via, CAP, comune)	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Numero REA e CCIAA	
Data inizio attività	
Registrazione al Ministero della Salute n°ITCA* *Ad eccezione degli erogatori dei dispositivi audioprotesici che non dispongono di codice ITCA in quanto non realizzano dispositivi su misura	
Telefono	



Fax	
Indirizzo PEC (a cui inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda)	
Indirizzo di posta elettronica (a cui inviare ogni comunicazione inerente la presente domanda)	
Sito web	

CHIEDE in qualità di

<input type="checkbox"/> Azienda Ortopedica	<input type="checkbox"/> Azienda Ottica Optometrica	<input type="checkbox"/> Azienda Audioprotesica
---	---	---

- l'autorizzazione alla nuova fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN e all'inserimento nell'elenco regionale degli erogatori

Oppure

- l'autorizzazione alla fornitura di dispositivi ortoprotesici, ottici e audioprotesici a carico del SSN per il mantenimento della propria inclusione nell'elenco regionale degli erogatori

<input type="checkbox"/> Sede Operativa	<input type="checkbox"/> Filiale
---	----------------------------------

ANAGRAFICA

Denominazione- Insegna	
Indirizzo (via, CAP, Comune)	
Cognome e Nome Referente* Se i recapiti del referente della sede operativa/filiale sono diversi da quanto sopra riportato specificare di seguito	
Telefono	
Fax	
Indirizzo di posta elettronica e indirizzo PEC	
Orario di apertura al pubblico	



Sito web	
----------	--

In caso di sede operativa con laboratorio esterno specificare quanto di seguito

Indirizzo (via, CAP, Comune)	
Telefono	
Fax	

*sia per le sedi operative che per le filiali è necessario compilare un foglio per ciascuna unità



ATTIVITÀ E PRESTAZIONI EROGATE

(indicare gli ausili, protesi e ortesi che si intendono produrre e/o fornire)

Elenco dispositivi prodotti e forniti (elenco 1_DM 332/99 – Ausili su misura)*	CODICI ISO	DESCRIZIONE	
	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"/>
	06.27	Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore	<input type="checkbox"/>
	06.33.06	Calzature ortopediche su misura	<input type="checkbox"/>
	06.30	Protesi non di arto: oculari	<input type="checkbox"/>
Realizzazione dispositivi	Specificare se con componenti provvisti di marcatura CE e/o con materiali aventi caratteristiche e prestazioni conformi alle norme armonizzate applicabili.		
Elenco dispositivi forniti (elenco 1_DM 332/99 – dispositivi di fabbricazione continua o di serie che necessitano per l'allestimento su misura della prestazione della figura professionale tecnico sanitario)*	CODICI ISO	DESCRIZIONE	
	03.48	Ausili per rieducazione di movimento, forza equilibrio	<input type="checkbox"/>
	03.78	Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane	<input type="checkbox"/>
	06.33.03	Calzature ortopediche di serie	<input type="checkbox"/>
	12.06	Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia	<input type="checkbox"/>
	12.18	Tricicli/Biciclette	<input type="checkbox"/>
	12.21	Carrozine	<input type="checkbox"/>
	12.27	Veicoli (Passeggini)	<input type="checkbox"/>
	12.36	Ausili per sollevamento	<input type="checkbox"/>
	18.09.18	Ausili per la posizione seduta: seggiolone polifunzionale	<input type="checkbox"/>
	18.09.39	Sistemi di postura modulari e su misura	<input type="checkbox"/>
	21.03	Ausili ottici	<input type="checkbox"/>
	21.45	Apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>

*da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **prima** dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017



Elenco dispositivi prodotti e forniti (elenco 1 “Ausili su misura” Allegato 5 al DPCM 12.1.2017)**	CODICI ISO	DESCRIZIONE	
	04.06	Ausili per la terapia circolatoria	<input type="checkbox"/>
	06.03	Ortesi spinali	<input type="checkbox"/>
	06.06	Ortesi per arto superiore	<input type="checkbox"/>
	06.12	Ortesi per arto inferiore	<input type="checkbox"/>
	06.18	Protesi di arto superiore (ULPS)	<input type="checkbox"/>
	06.24	Protesi di arto inferiore (LLPS)	<input type="checkbox"/>
	06.30	Protesi non di arto (protesi oculari su misura)	<input type="checkbox"/>
	06.33	Calzature ortopediche	<input type="checkbox"/>
	12.27	Sedie da trasporto	<input type="checkbox"/>
	18.09	Sedute e sistemi di seduta speciali	<input type="checkbox"/>
22.03	Ausili ottici correttivi su misura	<input type="checkbox"/>	
Realizzazione dispositivi	Specificare se con componenti provvisti di marcatura CE e/o con materiali aventi caratteristiche e prestazioni conformi alle norme armonizzate applicabili.		
Elenco dispositivi prodotti e forniti (elenco 2a_Allegato 5 – DPCM 12.1.2017– di serie che necessitano della prestazione della figura professionale tecnico sanitario)**	CODICI ISO	DESCRIZIONE	
	06.03	Ortesi spinali	<input type="checkbox"/>
	06.06	Ortesi per arto superiore	<input type="checkbox"/>
	06.12	Ortesi per arto inferiore	<input type="checkbox"/>
	06.33	Calzature ortopediche	<input type="checkbox"/>
	12.22	Carrozine	<input type="checkbox"/>
	18.09	Ausili per la posizione seduta	<input type="checkbox"/>
	22.03	Ausili per la vista	<input type="checkbox"/>
	22.06	Ausili per l’udito	<input type="checkbox"/>

da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo l’entrata in vigore del nuovo elenco 1 “Ausili su misura” Allegato 5 al DPCM 12.1.2017



A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47, DPR 445/2000 e s.m.i.

consapevole delle sanzioni penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) e consapevole della decadenza ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni.

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti documentali, organizzativi e funzionali, strutturali

REQUISITI DOCUMENTALI

Planimetria	<input type="checkbox"/> si allega
Autorizzazione commerciale comunale ovvero data presentazione DIAP/SCIA (riportare gli estremi)	<input type="checkbox"/> Autorizzazione n. del Rilasciata da..... <input type="checkbox"/> DIAP/SCIA del..... Presentata a
Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS) * *GDPR 2018 Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali e s.m.i	<input type="checkbox"/> si dichiara di essere in possesso del Documento Programmatico sulla sicurezza dei dati personali (DPS)
Responsabile delle procedure informatiche	Cognome _____ Nome _____
Documento di Valutazione dei rischi (DVR) (D. Lgs. 81/2008)	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente
Documentazione per la gestione della tracciabilità del prodotto e processo (da compilare esclusivamente a cura delle sedi operative)	<input type="checkbox"/> si attesta l'utilizzo di fogli di lavoro che riportino: - materiali/componenti/dispositivi utilizzati per la costruzione del dispositivo, recanti certificazioni, lotto, etc; - le operazioni effettuate per la produzione del dispositivo, recanti il nominativo/i dell'operatore/i tecnico/i che ha/hanno svolto la produzione; - dichiarazione del direttore tecnico/responsabile tecnico dell'avvenuta prova del dispositivo sul paziente; - controllo di qualità del processo di realizzazione del dispositivo da parte dell'operatore tecnico; - dichiarazione tecnica di conformità del dispositivo alla prescrizione medico-specialistica a cura del direttore tecnico/responsabile tecnico; - verifica e collaudo all'atto dell'immissione in commercio del dispositivo a cura del direttore tecnico/responsabile tecnico.



<p>Procedura operativa standardizzata a garanzia dell'affidabilità e qualità dei processi aziendali (non obbligatoria)</p> <p>UNI EN ISO 9001:2015 – Sistema di gestione per la qualità –Requisiti</p> <p>UNI CEI EN ISO 13485:2016 – Dispositivi medici- sistemi di gestione per la qualità-requisiti per scopi regolamentari</p> <p>- Altra certificazione</p>	<input type="checkbox"/> presente (indicare quale) <input type="checkbox"/> non presenti
<p>Documentazione per la gestione della dispositivo-vigilanza secondo normativa vigente (regionale e nazionale)</p>	<input type="checkbox"/> si dichiara di essere a conoscenza della procedura nazionale e di quella regionale per la segnalazione degli eventuali incidenti
<p>Assicurazione R.C. Prodotto (non obbligatorio)</p>	<p>Polizza n°: Compagnia:</p>
<p>Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O. o altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (Legge n. 24 del 08/03/2017)</p>	<p>Polizza n°: Compagnia:</p>
<p>Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico (per le aziende ortoprotesiche) o del Responsabile Tecnico (per le aziende ottico-optometriche ed audioprotesiche) (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)</p>	<p>Polizza n°: Compagnia:</p>
<p>Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario (DPR 7 agosto 2012, n.137 art.5)</p>	<p>Polizza n°: Compagnia:</p>

Da compilare solo se in presenza di Filiale collegata ad azienda con Sede Operativa <u>ubicata nel territorio della Regione del Veneto</u>	
Sede Operativa Denominazione- Insegna	
Indirizzo (via, CAP, Comune)	
L'esercizio dell'attività nella	<input type="checkbox"/> dotata di autorizzazione rilasciata dall'Azienda ULSS



sede operativa	n. _____ (ai sensi del punto A dell' Allegato A alla DGR n. _____) <input type="checkbox"/> dotata di autorizzazione rilasciata dall' Azienda ULSS n. _____ (ai sensi del punto B dell' Allegato A alla DGR n. _____)
Indicare eventuali ulteriori sedi operative riportando le medesime informazioni	

Da compilare solo se in presenza di Filiale collegata ad azienda con Sede Operativa <u>ubicata nel territorio di altra regione</u>	
Sede Operativa Denominazione- Insegna	
Indirizzo (via, CAP, Comune)	
L' esercizio dell' attività nella sede operativa	<input type="checkbox"/> è coerente con la normativa della Regione _____ <input type="checkbox"/> nella Regione _____ la materia non è disciplinata
Ufficio regionale/Ente competente	Denominazione _____ Recapiti: telefono/e-mail _____



REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI

Cognome e Nome del Direttore Tecnico (per azienda ortopedica)/Responsabile Tecnico (per azienda ottico-optometrica ed audioprotesica)* * nel caso di una filiale indicare il Direttore tecnico abilitato della Sede Operativa di riferimento	Cognome _____ Nome _____			
Codice fiscale del Direttore Tecnico/Responsabile Tecnico	Codice fiscale _____			
Titolo/i abilitante/i del Direttore tecnico/Responsabile Tecnico				
Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo				
Ordine di (provincia)				
Albo di				
Numero di iscrizione all'ordine				
Aziende presso le quali il Direttore tecnico/Responsabile Tecnico (di cui sopra) ha maturato la sua esperienza (almeno quinquennale)	1. _____	Dal		al
	2. _____	Dal		al
	3. _____	Dal		al
	4. _____	Dal		al
	5. _____	Dal		al
Cognome Nome altro/i tecnico/i	Cognome _____ Nome _____			
Codice fiscale altro/i tecnico/i	Codice fiscale _____			
Titolo/i abilitante/i altro/i tecnico/i				
Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito				
Profilo professionale	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico	<input type="checkbox"/> Tecnico Ottico Optometrista	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista	
Tipologia di rapporto di lavoro del/i tecnico/i	<input type="checkbox"/> titolarità	<input type="checkbox"/> dipendenza	<input type="checkbox"/> attività libero	<input type="checkbox"/> altro



			professionale	Specificare_____
<p>Acquisizione crediti formativi ECM (N° crediti/anno)*</p> <p>* Obbligo di assolvimento del credito formativo per Tecnico Ortopedico e Audioprotesista. Crediti formativi non obbligatori per Ottico Optometrista.</p>	<p><input type="checkbox"/> si certifica che il personale con obbligo formativo è in regola con i crediti formativi ECM</p> <p>Il richiedente s'impegna in ogni caso a verificare nel tempo il mantenimento dell'obbligo formativo</p>			
N. totale dipendenti (tecnici, amministrativi, etc)				
Giorni e orari di presenza presso la Sede operativa/Filiale	<p><input type="checkbox"/> Il personale tecnico opera in nome e per conto dell'azienda mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale, in via esclusiva, che ne assicura la presenza per l'intero orario di apertura (nel caso di Sede operativa) .</p> <p><input type="checkbox"/> Il personale tecnico opera in nome e per conto dell'azienda mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale, in via esclusiva, che ne assicura la presenza per almeno 4 ore 3 volte alla settimana (nel caso di Filiale). I giorni e gli orari nei quali il personale tecnico è presente devono essere esposti in maniera chiara verso l'esterno dei locali della filiale.</p>			
<p>Dichiarazione del personale*</p> <p>* L'azienda (sede operativa e filiale) deve esporre, anche al pubblico, l'organigramma aziendale con le funzioni svolte, relativa qualifica professionale.</p> <p>Il personale presente in azienda espone un cartellino identificativo con la propria qualifica</p>	<p>Allegare l'Organigramma Aziendale</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>			



REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI SPECIFICI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE

- In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al <u>processo erogativo di soli dispositivi ortoprotesici</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ¹ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) porta di accesso apribile verso l'esterno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ² in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di: - ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97) - aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di:	
a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¹ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	
- È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ²	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche: a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.1) dimensione minima non inferiore a 30m ² o a 40m ² (30m ² + 10m ²) (in caso di produzione di calzature e plantari)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b.2) dimensione minima non inferiore a 60m ² (in caso di produzione di calzature, plantari, tutori di arto inferiore e superiore, busti per scoliosi, sistemi posturali e protesica)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Il locale laboratorio è provvisto di: • un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti • un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino che presenta le seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) dimensione non inferiore a 10m ² (in aggiunta ai 30 m ² del laboratorio);	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Area magazzino (solo per le filiali) È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono effettuati i rilievi delle misure, le prove e l'applicazione dei dispositivi agli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso presenta le seguenti caratteristiche: a) dimensione non inferiore a 9m ² ;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di: – illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio – illuminazione e ventilazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

² Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto.



**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI OTTICO-
OPTOMETRICHE**

- In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008, fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare e il locale laboratorio sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>ottici</u> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ³ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁴ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008) lo stesso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

³In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo

⁴In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



- Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di:	
a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale laboratorio, distinto e separato dagli altri ⁵	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Il locale laboratorio presenta spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei macchinari e dei banchi di lavoro oltre che il loro uso in sicurezza da parte del personale. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) collocazione fuori terra;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) dimensione non inferiore a 12m ² o a 18m ² (12m ² + 6m ²)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) altezza interna non inferiore a 3 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e) illuminazione naturale diretta 1/10 della superficie di calpestio di cui il 50% della superficie illuminante apribile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Il locale laboratorio è provvisto di (requisito non obbligatorio):	
a) un'area di supporto dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate le materie prime, la componentistica ed i prodotti finiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) un locale attiguo (distinto dal laboratorio) con funzione di magazzino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
che presenta le seguenti caratteristiche:	
a) dimensione non inferiore a 6m ² (in aggiunta ai 12 m ² del laboratorio);	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,40 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) pavimenti e pareti lisce lavabili almeno fino all'altezza di 2m;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d) illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/30 della superficie di calpestio (requisito richiesto solo se il magazzino è situato in un locale distinto dal laboratorio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Area magazzino (solo per le filiali requisito non obbligatorio) È presente un locale o area adeguati destinati allo stoccaggio della merce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono svolte le prove e l'adattamento dei soli dispositivi ottici agli assistiti, nonché dove viene effettuato l'addestramento. Esso presenta le seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) dimensione non inferiore a 9m ² ;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) altezza interna non inferiore a 2,70 metri lineari;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) è provvisto di:	
- illuminazione e ventilazione naturale diretta 1/10 ed 1/20 della superficie di calpestio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- illuminazione e ventilazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

⁵ Il campo deve essere lasciato vuoto nel caso si tratti di filiale in quanto il laboratorio non è previsto



REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE

- In tutti i locali sono assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008, fatta eccezione per i locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali sono necessari spazi dedicati in cui devono essere abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Le zone di accesso agli utenti disabili sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- I locali dedicati al rilievo delle misure, alle prove e all'applicazione dei dispositivi da erogare sono dedicati esclusivamente al processo erogativo di soli dispositivi <u>audioprotesici</u> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico, <u>dedicato agli operatori</u> , comunicante con un antibagno dotato di lavabo. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁶ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un servizio igienico <u>dedicato agli utenti</u>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo servizio igienico è <u>dedicato esclusivamente agli utenti</u> ed è comunicante con un antibagno dotato di lavabo. Esso è dotato delle seguenti caratteristiche:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
a) porta di accesso apribile verso l'esterno;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) in ciascun vano WC è presente una finestra apribile di superficie pari ad almeno 0,40m ² , oppure è presente la ventilazione artificiale ⁷ in quanto l'antibagno è dotato di finestra apribile comunicante con l'esterno o di una presa d'aria comunicante con l'esterno, anche tramite condotta;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Questo <u>servizio igienico dedicato agli utenti coincide con quello dedicato agli operatori</u> ed è privo di barriere architettoniche e realizzato secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1428 del 06.09.2011 - Allegato A.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale <u>spogliatoio</u> per gli addetti o in alternativa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- E' presente un'area adibita a cambio d'abito provvista di armadietti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Se presente il locale spogliatoio (obbligatorio solo laddove l'organizzazione interna all'azienda prevede che i lavoratori indossino indumenti di lavoro specifici - D. Lgs. 81/2008) lo stesso è dotato delle seguenti caratteristiche:	
a) superficie in pianta non inferiore a mq 1,5 per addetto;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b) assicura l'illuminazione naturale diretta nel rapporto di 1/10 della superficie di calpestio;	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c) è provvisto di:	
- ventilazione meccanica che assicura un ricambio orario di almeno 5 volumi d'aria all'ora. (DGR N.1887/97)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- aerazione naturale diretta nel rapporto di 1/20 della superficie di calpestio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Il locale di vendita aperto al pubblico è dotato di:	
a) un' area di attesa opportunamente attrezzata con un numero congruo di sedie amovibili al fine di ospitare gli utenti in attesa dell'erogazione dell'ausilio.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

⁶ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo

⁷ In caso di ventilazione artificiale questa deve assicurare almeno 5 ricambi/ora se continua e 10 ricambi/ora se temporizzata, con durata tale da garantire un completo ricambio ad ogni utilizzo



c) un'area di consegna dei dispositivi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale ad uso ufficio, o un'area all'interno dei locali commerciali, dedicato alle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei dispositivi e la conservazione della documentazione a garanzia della tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un'area di supporto (o un locale separato) dedicata alla funzione di magazzino in cui vengono depositate e stoccate, la componentistica ed i prodotti finiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- È presente un locale "prova utenti" nel quale vengono svolte le prove e l'adattamento dei soli dispositivi audioprotesici agli assistiti.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- In tale locale sono presenti spazi dedicati in cui vengono abbattuti i rumori di fondo e il riverbero dei suoni; in alternativa è presente un audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



REQUISITI SPECIFICI: ELENCO ATTREZZATURE

ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE ORTOPEDICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017**

Descrizione ausili – codici elenchi DM 332/1999	Indicare le attrezzature-presenti nella Sede Operativa		Indicare le attrezzature presenti nella Filiale	
Ortesi podaliche e rialzi				
<input type="checkbox"/> 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti	- sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione	<input type="checkbox"/>	- pistola termica	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- Forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- pistola termica	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a mano	<input type="checkbox"/>		
	- seghetto alternativo	<input type="checkbox"/>		
- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>			
Calzature ortopediche predisposte				
<input type="checkbox"/> 06.33.03 Calzature ortopediche di serie	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Calzature ortopediche su misura				
<input type="checkbox"/> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>



	– banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		
	– vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
	– macchina a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	– sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)			
Ortesi per arto inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.09 Ortesi ginocchio	– lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	– lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede	– fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.15 Ortesi anca	– vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio	– fresatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio-caviglia-piede	– smerigliatrice o macchinario multifunzione	<input type="checkbox"/>		
	– forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	– tronchese per ferro	<input type="checkbox"/>		
	– macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
	– macchina per cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	– trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	– impianto saldatura	<input type="checkbox"/>		
	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	– sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Ortesi per arto superiore				
<input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano	– fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.09 Ortesi per polso (avambraccio)	– vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano	– forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita				



<input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.18 Ortesi per gomito-polso	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano	- macchina da cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.21 Ortesi per spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito				
<input type="checkbox"/> 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso				
<input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano				
Presidi addominali				
<input type="checkbox"/> 03.12.03 Cinghie erniarie	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 03.12.06 Ventriera e cinti erniari	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
Ortesi spinali				
<input type="checkbox"/> 06.03.03 Ortesi sacro-iliache	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.06 Ortesi lombosacrali	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali	- forno elettrico a piastra o ad infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.12 Ortesi cervicali	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- fresatrice braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		



	– sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Protesi di arto superiore e inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso	– impianto di decompressione per laminazione	<input type="checkbox"/>	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi trans radiali	– fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito	– allineatore meccanico o laser	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi trans omerali	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla	– trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla	– macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita	– banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia	– smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.09 Protesi trans tibiali	– banco stilizzazione gesso e attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi disarticolazioni di ginocchio	– sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)			
<input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi trans femorali				
<input type="checkbox"/> 06.24.18 Protesi per emipelvectomy				
<input type="checkbox"/> 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore	– banco per la colorazione della cosmesi in silicone	<input type="checkbox"/>		
	– sistema per la rilevazione (scanner) della colorazione del segmento controlaterale	<input type="checkbox"/>		
	– sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Sistemi di postura su misura				
<input type="checkbox"/> 18.09.39 Unità posturali	– sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>	– sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>
	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	– attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	– macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	– utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	– forno elettrico per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	– seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		



	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- fresatrice braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>		
Ausili per la deambulazione e carrozzine				
<input type="checkbox"/> 03 Ausili per terapia e addestramento <input type="checkbox"/> 03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio <input type="checkbox"/> 03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane <input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia <input type="checkbox"/> 12.18 Biciclette <input type="checkbox"/> 12.21 Carrozzine <input type="checkbox"/> 12.24 Accessori per carrozzine <input type="checkbox"/> 12.27 Veicoli <input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per sollevamento <input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>	- banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>



- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017**

Descrizione ausili – codici elenchi DPCM 12/01/2017	Attrezzature presenti nella Sede Operativa		Attrezzature presenti nella Filiale	
Ortesi podaliche e rialzi				
<input type="checkbox"/> 06.12.03 ortesi per piede	- sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- sistema di rilevazione computerizzata o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione per plantari) e/o sistema cad cam e/o sistema a levitazione	<input type="checkbox"/>	- pistola termica	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- pistola termica	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a mano	<input type="checkbox"/>		
	- seghetto alternativo	<input type="checkbox"/>		
- sistema di aspirazione per esalazione dei solventi (mobile o centralizzato)	<input type="checkbox"/>			
Calzature ortopediche predisposte				
<input type="checkbox"/> 06.33 calzature ortopediche	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria adeguata al dispositivo predisposto che si intende erogare	<input type="checkbox"/>		
Calzature ortopediche su misura				
<input type="checkbox"/> 06.33 calzature ortopediche	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- fresatrice da banco o macchina multifunzionale	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
	- macchina a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		



Ortesi per arto inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.12.06 ortesi per caviglia-piede	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.09 ortesi per ginocchio	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.12 ortesi per ginocchio-caviglia-piede	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.12.15 ortesi per anca (incluse le ortesi per abduzione)	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.12.18 ortesi per anca-ginocchio-caviglia-piede	- smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		
	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- tronchese per ferro	<input type="checkbox"/>		
	- macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
	- macchina per cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- impianto saldatura	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
Ortesi per arto superiore				
<input type="checkbox"/> 06.06.03 Ortesi per dita	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.06 Ortesi per mano	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.06.12 Ortesi per polso-mano	- vacuum (impianto di decompressione)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita	- fresatrice	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.15 Ortesi per gomito	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>		
	- macchina da cucire a torre o a braccio	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
Presidi addominali				
	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>



	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>	- lettino medico con relativo predellino	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
Ortesi spinali				
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali (TLSO)	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.09 Ortesi toraco-lombo-sacrali	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.03.15 Ortesi cervico-toraciche (CTO)	- forno elettrico a piastra o a infrarossi per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali (CTLSO)	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.03.91 Aggiuntivi prescrivibili	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- fresatrice a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
	- banco di finissaggio	<input type="checkbox"/>		
Protesi di arto superiore e inferiore				
<input type="checkbox"/> 06.18.03 Protesi parziale di mano	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.06 Protesi per disarticolazione del polso	- impianto di decompressione per laminazione	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.18.09 Protesi transradiali	- fresa a braccio inclinato	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.12 Protesi per disarticolazione del gomito	- allineatore meccanico o laser	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.15 Protesi transomerale	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.18 Protesi per disarticolazione della spalla	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.21 Protesi per amputazione interscapola toracica	- macchina per cucire	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 06.18.91 Aggiuntivi prescrivibili	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice	<input type="checkbox"/>		



<input type="checkbox"/> 06.24.03 Protesi parziale di piede <input type="checkbox"/> 06.24.06 Protesi per disarticolazione di caviglia <input type="checkbox"/> 06.24.09 Protesi transtibiale <input type="checkbox"/> 06.24.12 Protesi per disarticolazione del ginocchio <input type="checkbox"/> 06.24.15 Protesi trans-femorali <input type="checkbox"/> 06.24.21 Protesi per emipelvectomy <input type="checkbox"/> 06.24.91 Aggiuntivi prescrivibili	- spianatrice	<input type="checkbox"/>		
Sistemi di postura su misura				
<input type="checkbox"/> 18.09.39 Sistemi di postura modulari	- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>	- sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure	<input type="checkbox"/>
	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- macchina da cucire	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- forno per termoformatura	<input type="checkbox"/>		
	- seghetto oscillante	<input type="checkbox"/>		
	- banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam	<input type="checkbox"/>		
	- trapano a colonna	<input type="checkbox"/>		
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>		
	- smerigliatrice a nastro	<input type="checkbox"/>		
- fresatrice braccio inclinato	<input type="checkbox"/>			
Ausili per la deambulazione e carrozzine				
<input type="checkbox"/> 09 Ausili per la cura e la protezione personale <input type="checkbox"/> 12 Ausili per la mobilità personale <input type="checkbox"/> 12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio <input type="checkbox"/> 12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con entrambe le braccia <input type="checkbox"/> 12.18 Cicli	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>	- attrezzatura di supporto al rilievo morfologico	<input type="checkbox"/>
	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>	- utensileria idonea	<input type="checkbox"/>
	- banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>	- banchino di assistenza e personalizzazione	<input type="checkbox"/>



<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 12.22 Carrozine <input type="checkbox"/> 12.23 Carrozine a motore elettrico <input type="checkbox"/> 12.24.03 Comandi <input type="checkbox"/> 12.24.09 Unità di propulsione <input type="checkbox"/> 12.36.06.015 carrozzina elettrica a prevalente uso esterno <input type="checkbox"/> 12.36.06.018 carrozzina elettrica a sei ruote <input type="checkbox"/> 12.36 Ausili per il sollevamento <input type="checkbox"/> 12.39 Ausili per l'orientamento <input type="checkbox"/> 19.09 Ausili per la posizione seduta 				
---	--	--	--	--



ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE OTTICO-OPTOMETRICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili – codici elenchi DM 332/1999	Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale		
<input type="checkbox"/> 21.03.03 Lenti oftalmiche	– fronticometro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 21.03.09 Lenti a contatto	– forottero o cassetta optometria	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 21.03.21/24 Cannocchiali da occhiali per visione lontana/vicina	– ottotipo luminoso o a proiezione	<input type="checkbox"/>	
	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 21.03.36 Filtri	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 21.03.06 Aggiuntivo o clip-on di sostegno per filtri bloccanti UV e raggi blu	– retinoscopio	<input type="checkbox"/>	
	– schiascopio	<input type="checkbox"/>	
	– oftalmometro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 21.03.30 Lenti a doppietto acromatico ingrandenti	– test lacrimali	<input type="checkbox"/>	
	– sistemi di disinfezione lenti a contatto	<input type="checkbox"/>	
	– set lenti ingrandenti per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>	
	– set lenti a contatto per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>	
	– set sistemi telescopici per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>	
	– mola	<input type="checkbox"/>	
	– ventiletta	<input type="checkbox"/>	
	– autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori)	<input type="checkbox"/>	
	– pachimetro/ tomografo (non obbligatorio)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura	– becco bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.03.06 Montatura Lenti		– attrezzi per la lavorazione del vetro	<input type="checkbox"/>
– materiali per impronte o per lavorazione delle resine		<input type="checkbox"/>	



- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo** l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili – Codici elenchi DPCM 12/01/2017	Attrezzature presenti nella Sede Operativa o Filiale	
<input type="checkbox"/> 22.03.06 Occhiali, lenti oftalmiche, lenti a contatto	– fronticometro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Lenti e sistemi di lenti per forte ingrandimento (ausili ipercorrettivi)	– forottero o cassetta optometria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.12 Cannocchiali da occhiali per visione lontana e vicina	– ottotipo luminoso o a proiezione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.03.09 Aggiuntivi/Lavorazioni Prestazioni Professionali	– test lettura per ipovedenti	<input type="checkbox"/>
	– lampada a fessura	<input type="checkbox"/>
	– retinoscopio	<input type="checkbox"/>
	– schiascopio	<input type="checkbox"/>
	– oftalmometro	<input type="checkbox"/>
	– test lacrimali	<input type="checkbox"/>
	– sistemi di disinfezione lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
	– set lenti ingrandenti per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– set lenti a contatto per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– set sistemi telescopici per individuazione e prova	<input type="checkbox"/>
	– mola	<input type="checkbox"/>
	– ventiletta	<input type="checkbox"/>
	– autorefrattometro e/o topografo corneale (non obbligatori)	<input type="checkbox"/>
	– pachimetro/ tomografo (non obbligatorio)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.30.21 Protesi oculari su misura	– becco bunsen (obbligatorio solo per la lavorazione delle protesi in vetro)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.30.91 Aggiuntivi prescrivibili	– attrezzi per la lavorazione del vetro	<input type="checkbox"/>
	– materiali per impronte o per lavorazione delle resine	<input type="checkbox"/>



ELENCO ATTREZZATURE AZIENDE AUDIOPROTESICHE

- **MODULO 1:** da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda prima dell'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili elenchi DM 332/1999	Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative o filiali	
<input type="checkbox"/> 21.45.09 Apparecchi acustici a occhiale	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.12 Apparecchi acustici a scatola	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.45.06 Apparecchi acustici retroauricolari	- sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
	- otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- cabina silente e/o locale insonorizzato il cui rumore di fondo deve essere idealmente inferiore ai 55/57 dBA, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno	<input type="checkbox"/>

- **MODULO 2:** Da compilare esclusivamente in caso di presentazione della domanda **dopo** l'entrata in vigore del nuovo elenco 1 "Ausili su misura" Allegato 5 al DPCM 12.1.2017

Descrizione ausili DPCM 12/01/2017	Elencare le attrezzature in possesso per sedi operative e filiali	
<input type="checkbox"/> 22.06.09 Apparecchi acustici ad occhiale	- sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.15 Apparecchi acustici retroauricolari	- orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.21 Apparecchi acustici connessi a dispositivi impiantati	- sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.06.91 Accessori	- otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno	<input type="checkbox"/>
	- cabina silente e/o locale insonorizzato il cui rumore di fondo deve essere idealmente inferiore ai 55/57 dBA, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per l'abbattimento del rumore esterno	<input type="checkbox"/>



DICHIARA altresì di impegnarsi a

1. rispettare le disposizioni nazionali e regionali in materia;
2. in caso di ritiro del dispositivo protesico per riparazione, l'erogatore si impegna a provvedere alla riparazione stessa nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 7 giorni lavorativi;
3. garantire il controllo e la revisione del dispositivo erogato laddove necessario;
4. assicurare l'erogazione della prestazione di assistenza protesica al domicilio per gli assistiti non deambulanti e su specifica richiesta del medico prescrittore;
5. rilasciare, per i dispositivi su misura, la certificazione di congruità all'atto dell'erogazione, attestante la rispondenza del dispositivo alla prescrizione medica autorizzata, il suo perfetto funzionamento e il rispetto delle normative in materia. La certificazione è allegata ai fini della corresponsione della tariffa da parte dell'azienda ULSS;
6. predisporre, per i dispositivi audioprotesici e altri dispositivi adattati, la scheda "fornitura consegna" contenente almeno le informazioni relative a:
 - erogatore (dati identificativi);
 - dispositivi audioprotesici erogati;
 - codici ISO di cui al nomenclatore e relative tariffe.
7. dare contezza all'utente dell'eventuale importo a suo carico qualora il costo complessivo della prestazione risulti superiore all'importo massimo rimborsato da SSN (ai sensi dell'art.17, comma 5, del DPCM 12.01.2017, cosiddetta riconducibilità);
8. integrare il proprio sistema di gestione informatizzato con la piattaforma informatica regionale del percorso di prescrizione-erogazione dell'assistenza protesica (quando sarà attivata);
9. comunicare ogni variazione relativa a stati, fatti, condizioni e titolarità rispetto a quanto dichiarato entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento.

DICHIARA da ultimo

- di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Data

Timbro e firma leggibile

Il/La sottoscritto/a allega ai sensi dell'art.38, DPR n. 445/2000 e s.m.i. copia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.

