

## **ALLEGATO A - schema di istanza**

**riprodurre su carta intestata del richiedente e spedire sia all'ufficio regionale che alla ASL competente unitamente a fotocopia di documento d'identità del sottoscrittore**

Spett.le

### **REGIONE LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area Risorse Farmaceutiche  
Ufficio Farmaci e Assistenza Protesica  
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7  
00145 Roma

PEC politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it

### **ASL**

**(indirizzare alla ASL competente territorialmente)**

Oggetto : richiesta di iscrizione nell'elenco regionale dei fornitori abilitati all'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnici

Il/la sottoscritto/a..... in qualità di legale rappresentate della Ditta ..... chiede l'iscrizione nell'"Elenco dei Fornitori abilitati all'erogazione di protesi, ortesi e ausili della Regione Lazio" e a tal fine allega e sottoscrive il modulo regionale predisposto, e dichiara che le informazioni in esso contenute sono veritiere consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e che decadrà dai benefici emanati in conseguenza di una dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 11 del D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403.

Dichiara altresì di essere in possesso dei requisiti in esso dichiarati compatibilmente con la tipologia di dispositivi (Orto-Protesici, Audioprotesici, Ottici, Monouso e di serie di cui all'elenco 2) per i quali viene richiesta, con la presente istanza, l'iscrizione in elenco.

Il sottoscritto è inoltre a conoscenza del fatto che le informazioni rese nell'istanza, relative a stati, fatti e qualità personali, saranno utilizzate per quanto strettamente necessario per il procedimento cui si riferisce la presente dichiarazione (ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

Dichiara inoltre che utilizzerà, per la gestione dell'iter di erogazione del presidio, il SW regionale sviluppato dalla LAIT Spa con integrato al Sistema di fatturazione elettronica.

Data

Timbro e firma

---

---

Data

Timbro e firma del franchisor  
(in caso di franchising)

---

---

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE DEI FORNITORI ABILITATI ALL'EROGAZIONE  
DI PROTESI, ORTESI E AUSILI**

<b>ANAGRAFICA Azienda/Azienda affiliante (o franchisor)</b>		
Ragione sociale:		
Indirizzo Sede legale:		
Partita IVA:		
Codice Fiscale:		
Numero REA:		
Registrazione al Ministero della Salute n° ITCA: (ove previsto)		
Data inizio attività dell'azienda:		
Cognome Nome Legale rappresentante:		
Telefono/i:		
Fax:		
Indirizzo PEC/E-mail:		
Sito web:		
<b>CLASSIFICAZIONE DEL FORNITORE</b>		
<b>Azienda Ortopedica</b> <input type="checkbox"/> <b>Azienda Audioprotesica</b> <input type="checkbox"/> <b>Azienda Ottica Optometrica</b> <input type="checkbox"/> <b>Erogatore presidi monouso e di serie</b> <input type="checkbox"/>		
<b>SEDE OPERATIVA O FILIALE PER CUI SI RICHIEDE L'ISCRIZIONE E ORARI DI ACCESSO</b>		
<b>Indicare se</b>	<b>SEDE OPERATIVA</b> <input type="checkbox"/>	<b>FILIALE</b> <input type="checkbox"/> <b>FILIALE NON DI PROPRIETA'</b> <input type="checkbox"/>
		<b>(franchising)</b>
<b>ANAGRAFICA della Sede operativa/Filiale/Azienda affiliata (o franchisee) di cui si richiede l'iscrizione in elenco</b>		
Ragione sociale sede/filiale:		
Cognome Nome Legale rappresentante:		
Indirizzo Sede legale:		
Indirizzo della Sede operativa/Filiale:		
Partita IVA:		
Codice Fiscale:		

Numero REA:
Registrazione al Ministero della Salute n° ITCA: (ove previsto):
Data inizio attività dell'azienda:
Telefono:
Fax:
Indirizzo PEC/E-mail:
Sito web:

Orari di apertura al pubblico:	Lunedì : _____
	Martedì : _____
	Mercoledì : _____
	Giovedì : _____
	Venerdì : _____
	Sabato: _____
	Domenica : _____
<b>Nota:</b> Per ogni altra sede operativa e filiale per cui si intenda richiedere l'accreditamento al SSR va ripetuta l'istanza.	

<b>REQUISITI DOCUMENTALI E AUTORIZZATIVI</b>	
<b>Estremi licenza commerciale comunale ovvero data presentazione DIAP/SCIA</b> (Documento licenza/autorizzazione all'esercizio dell'attività)	
<b>Estremi Autorizzazione</b> (Nulla Osta Tecnico Sanitario)	
<b>D.V.R. per la salute e la salute dei lavoratori</b> (Documento di valutazione dei rischi per la salute dei lavoratori redatto secondo il D.lgs. 81/08 e s.m.i.)	
<b>Sistema di gestione informatico:</b> (Software gestionale dedicato)	
<b>Responsabile della procedura "percorso protesico on line"</b> (campo obbligatorio a far data dalla completa applicazione del sistema informatico regionale)	
<b>Manuale di gestione della qualità</b> <u>Nota:</u> In via di prima applicazione del presente provvedimento è concessa l'autocertificazione del Sistema di Qualità Aziendale; trascorsi 18 mesi dalla data di pubblicazione del provvedimento tutti i soggetti autorizzati inclusi nell'Elenco regionale di cui del presente provvedimento dovranno provvedere alla certificazione del Sistema di Qualità a mezzo di organismo terzo abilitato Sincert (requisito richiesto ai soli fabbricanti).	
<b>Fascicoli analisi dei rischi</b> (Informazione richiesta solo ai fabbricanti - aggiornamento alla norma vigente con revisione massima triennale) (requisito richiesto ai soli fabbricanti).	
<b>Gestione tracciabilità prodotto</b> (ove richiesto)	
<b>Registro lavorazioni esternalizzate</b> (ove applicabile)	
<b>Gestione non conformità</b>	Registro
<b>Gestione sinistri/mancati sinistri</b>	Registro
<b>Gestione reclami</b>	Registro
<b>Gestione manutenzione apparecchiature</b>	Registro
<b>Registro rifiuti speciali/sistema SISTRI</b> (requisito richiesto ai soli fabbricanti).	Registro
<b>Registro formazione del personale</b>	Rendiconto annuale
<b>Assicurazione RC Prodotto</b> (D.P.R. 24 maggio 1988, n. 224 - Attuazione della direttiva CEE n. 85/374 in materia di responsabilità per danno da prodotti difettosi, ai sensi dell'art. 15 della legge 16 aprile 1987, n. 183) (non obbligatorio)	Polizza n°:                      Compagnia:

<b>Assicurazione R.C. Terzi/R.C.O.:</b>	Polizza n°:                      Compagnia:
<b>Assicurazione R.C. professionale del Direttore Tecnico:</b> (Decreto del 7 agosto 2012 , n. 137 art.5)	Polizza n°:                      Compagnia:
<b>Assicurazione R.C. professionale operatore sanitario:</b> (Decreto del 7 agosto 2012 , n. 137 art.5)	Polizza n°:                      Compagnia:
<b>Organigramma aziendale della sede operativa/filiale di cui viene chiesta l'iscrizione</b> (pianta organica del personale da esporre anche al pubblico)	

**DISPOSITIVI ED AUSILI PER CUI VIENE RICHIESTA L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE**

<b>Elenco dispositivi su misura prodotti:</b> Spuntare i titoli delle famiglie e le relative classi e sottoclassi che s'intendono erogare, di cui al nomenclatore tariffario vigente (ISO 9999/1998 -ISO 9999/2011).	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"/>
	06.27.3.003	Riempitivo di estetizzazione del polpaccio	<input type="checkbox"/>
	06.33	Calzature ortopediche di serie e su misura, aggiuntivi e riparazioni	<input type="checkbox"/>
	06.30.21	Protesi oculari	<input type="checkbox"/>

<b>Elenco ausili specialistici forniti per i quali è necessaria nel corso dell'erogazione l'assistenza di una figura professionale tecnico sanitaria:</b> Spuntare i titoli delle famiglie e le relative classi e sottoclassi che s'intendono erogare, di cui al nomenclatore tariffario vigente (ISO 9999/1998 -ISO 9999/2011).	12.21.06/09/27	Carrozine	<input type="checkbox"/>
	12.24	Aggiuntivi e riparazioni al 12.21.06/09/27	<input type="checkbox"/>
	18.09.39	Sistemi di postura e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
	18.09.18.12	Seggioloni e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
	03.48	Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	<input type="checkbox"/>
	03.78	Stabilizzatori	<input type="checkbox"/>
	21.45	Ausili per l'udito	<input type="checkbox"/>
	12.18.06	Tricicli a pedale	<input type="checkbox"/>
	12.27.03.006	Passeggini e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
	12.18.21	Aggiuntivi al 12.18.06	<input type="checkbox"/>
	21.03	Dispositivi ottici correttivi	<input type="checkbox"/>
	21.39	Sistemi per la trasmissione del suono	<input type="checkbox"/>

<b>Elenco dispositivi di serie CE messi in commercio (monouso o di serie) per i quali <u>non è necessaria</u> nel corso dell'erogazione l'assistenza di una figura professionale tecnico sanitaria:</b>		
12.03	Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio (stampelle, tripodi, quadripodi, deambulatori, bastoni per non vedenti)	<input type="checkbox"/>
09.15	Ausili per tracheotomia	<input type="checkbox"/>
09.15.03	Ausili per tracheotomia (Cannula)	<input type="checkbox"/>
09.03	Vestiti e calzature	<input type="checkbox"/>
09.06	Ausili di protezione del corpo	<input type="checkbox"/>
06.30.18	Protesi mammarie	<input type="checkbox"/>
09.12	Ausili per evacuazione	<input type="checkbox"/>
09.18	Ausili per stomia	<input type="checkbox"/>
09.27	Raccoglitori per urina	<input type="checkbox"/>
09.24	Cateteri esterni e vescicali	<input type="checkbox"/>
09.30	Ausili assorbenti l'urina	<input type="checkbox"/>
18.12	Letti ed accessori per letti (traverse assorbenti)	<input type="checkbox"/>
12.30.09.103/24.36.06.103	Aggiuntivi al 18.12	<input type="checkbox"/>
09.51	Orologi	<input type="checkbox"/>
09.48	Ausili per la misurazione della temperatura corporea	<input type="checkbox"/>
03.33	Ausili antidecubito (cuscini e materassi)	<input type="checkbox"/>
09.21	Ausili per la prevenzione e trattamento lesioni cutanee	<input type="checkbox"/>
12.36.03	Ausili per sollevamento	<input type="checkbox"/>
12.06	Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
21.06	Ausili ottici elettronici	<input type="checkbox"/>
21.09	Periferiche di input e output	<input type="checkbox"/>
21.15	Macchine per scrivere e sistemi di elaborazione	<input type="checkbox"/>
21.36	Telefoni e ausili per telefonare	<input type="checkbox"/>
12.21.03	Carrozze a telaio rigido	<input type="checkbox"/>

12.24	Aggiuntivi a 12.21.03/12.21.06.003/ 12.21.06.006/12.21.09.003/ 12.21.09.006/12.21.15/12.21.30	<input type="checkbox"/>
12.21.06.003/12.21.0 6.006/12.21.09.003/1 2.21.09.006	Carrozze a telaio rigido ad autospinta	<input type="checkbox"/>
12.21.15	Carrozze a tre ruote con trazione a manovella	<input type="checkbox"/>
12.21.30	Motocarrozze a tre ruote	<input type="checkbox"/>
12.18.03/12.18.21	Biciclette a due ruote ed aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
12.27.03.003	Passeggino chiudibile ad ombrello e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
18.09.18.003	Seggioloni normali e aggiuntivi	<input type="checkbox"/>
21.42	Ausili per comunicazione interpersonale	<input type="checkbox"/>



<b>Tempi di consegna dispositivi:</b> (Indicare dispositivi per i quali il tempo di consegna è ridotto almeno del 25% rispetto alla normativa)	----- ----- ----- ----- -----
---	---

<b>Fornitura presidi sostitutivi in caso di guasto e di mal funzionamento entro il periodo di garanzia, o di alterazione del dispositivo rispetto alle condizioni di integrità esistenti all'atto della consegna</b>	
Viene garantito il ripristino della funzionalità in tempi brevi per i dispositivi su misura e la fornitura di un dispositivo estemporaneo di riserva per ausili predisposti e/o di serie per assicurare almeno il soddisfacimento delle esigenze minime di mobilità	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

<b>Assistenza dispositivi fuori garanzia</b>	
Vengono assicurati, per le domande di assistenza per i dispositivi, laddove previsto dal DM 332/99, tempi d'intervento non superiori al 25% dei tempi massimi di fornitura indicati, con decorrenza dalla presa in carico del dispositivo autorizzato all'assistenza da parte della Asl.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### REQUISITI FUNZIONALI

Art.1, comma 2 del DM 332/99

#### Profilo professionale

Professioni Sanitarie Area Tecnico Assistenziale

Arti Ausiliarie delle professioni sanitarie

Tecnico Ortopedico: R.D. 31/05/1928, n. 1334 - art. 140 R.D. 27/07/1934, n. 1265 equipollenza D.M. 14.09.1994, n. 665 G.U. 03.12.1994, n. 283

Tecnico Audioprotesista: D.M. Sanità 668 del 14/09/94 - GU 03/12/94 n.283, Equipollenza D.M. Sanità 27/07/00 - GU 22/08/95 n.195

Ottico: R.D. 31.05.1928, n.1334, art.12

#### Titolo abilitante

laurea - diploma di laurea o titolo equipollente

#### Direttore tecnico/Professionista sanitario abilitato

(se filiale indicare il direttore tecnico/professionista sanitario abilitato della sede operativa)

Cognome Nome

Codice Fiscale

Profilo professionale

Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo

Esperienza quinquennale pregressa maturata nelle seguenti aziende (solo per il Direttore tecnico)

Altro tecnico/professionista sanitario abilitato

Cognome Nome

Codice Fiscale

Profilo professionale

Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo

Altro tecnico/professionista sanitario abilitato

Cognome Nome

Codice Fiscale

Profilo professionale

Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo

Ulteriore figura professionale presente (terapista occupazionale/logopedista/ecc.)

Cognome Nome

Codice Fiscale

Profilo professionale

Data e Istituto o Ateneo presso il quale è stato conseguito il titolo

<b>Acquisizione crediti formativi ECM (N°/aa)</b> Il personale tecnico ortopedico/audioprotesista, è in regola con i crediti formativi ECM	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<b>Tipologia di rapporto di lavoro del personale tecnico sanitario</b> Il personale tecnico sanitario (tecnico ortopedico, audioprotesista, ottico) opera in nome e per conto dell'azienda mediante un rapporto di titolarità, di dipendenza o di attività libero professionale, in via esclusiva, che assicuri la presenza del professionista per l'intero orario di apertura (in caso di Sede operativa) ovvero per almeno 4 ore 3 volte alla settimana (in caso di Filiale), fatte salve le eventuali assenze per giustificato motivo documentato.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

<b>Numero, Giorni e orari di presenza del professionista sanitario presso le SEDI OPERATIVE la cui presenza deve essere assicurata per tutte le fasi relative alla fornitura (dalla presa in carico del paziente alla consegna del dispositivo) e comunicata all'utenza con apposito cartello esposto all'interno delle sedi.</b>	
Nei locali della sede operativa è esposto al pubblico l'organigramma aziendale con le funzioni svolte e la relativa qualifica professionale.	<input type="checkbox"/>
Il personale sanitario svolge una professione pertinente con la tipologia di presidi che vengono erogati (tecnico ortopedico, audioprotesista o ottico optometrista), ed è presente in sede per l'intero orario di apertura al pubblico della struttura fatte salve le eventuali assenze per giustificato motivo documentabile.	<input type="checkbox"/>
Il numero dei tecnici presenti in azienda è proporzionato alla tipologia e alla quantità delle prestazioni erogate e comunque non inferiore alle unità di seguito specificate:	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'azienda eroga dispositivi ortopedici ed ha in organico almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>n. 1 Tecnico ortopedico <b>se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco dispositivi su misura</b> (che potrà svolgere anche il ruolo di Direttore Tecnico).</li> <li>n. 1 Tecnico ortopedico <b>se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco ausili specialistici</b> (che potrà svolgere anche il ruolo di Direttore Tecnico).</li> <li>n. 2 Tecnici ortopedici <b>se e' stata indicata anche una sola famiglia di entrambi gli elenchi dei dispositivi su misura e ausili specialistici</b> (1 dei 2 può essere anche il Direttore Tecnico Tecnico).</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'azienda eroga dispositivi audioprotesici ed ha in organico almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>n. 1 Tecnico audioprotesista (che potrà svolgere anche il ruolo di Responsabile Tecnico).</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'azienda eroga dispositivi ottici ed ha in organico almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>n. 1 Ottico (che potrà svolgere anche il ruolo di Responsabile Tecnico).</li> </ul> </li> </ul>	
Ove si forniscano prestazioni esterne e/o domiciliari si garantisce la presenza di un ulteriore professionista sanitario	<input type="checkbox"/>

<b>Numero, Giorni e orari di presenza del personale presso le aziende che erogano dispositivi monouso e di serie di cui all'elenco 2 del D.M. 332/99</b>	
Il numero del personale addetto all'erogazione di presidi ed ausili è proporzionato alla tipologia e alla quantità delle prestazioni erogate.	<input type="checkbox"/>
E' garantita la presenza di almeno n. 1 addetto all'erogazione di presidi ed ausili presente per l'intero orario di apertura al pubblico	<input type="checkbox"/>

<b>Numero, Giorni e orari di presenza del professionista sanitario presso le filiali</b>	
Nei locali delle Filiali è garantita la presenza del Professionista sanitario come di seguito specificato :	
n. 1 Tecnico ortopedico per almeno 4 ore 3 volte alla settimana se è stata presentata istanza per l'erogazione anche di una sola famiglia nell'elenco dei dispositivi ortopedici su misura.	<input type="checkbox"/>
n. 1 Tecnico ortopedico per almeno 4 ore 3 volte alla settimana se è stata presentata istanza per l'erogazione anche di una sola famiglia nell'elenco degli ausili ortopedici specialistici.	<input type="checkbox"/>
n. 1 Tecnico audioprotesista per almeno 4 ore 3 volte alla settimana se è stata presentata istanza per l'erogazione degli ausili audioprotesici.	<input type="checkbox"/>
n. 1 Ottico optometrista per almeno 4 ore 3 volte alla settimana se è stata presentata istanza per l'erogazione degli ausili ottici.	<input type="checkbox"/>
I giorni e l'orario nei quali il professionista sanitario è presente sono esposti in maniera chiara presso i locali della Filiale.	<input type="checkbox"/>
La presenza del professionista sanitario è garantita nei giorni prestabiliti per rilevazioni prove e modifiche, fatte salve le eventuali assenze per giustificato motivo documentabile.	<input type="checkbox"/>
Ove si forniscano prestazioni esterne e/o domiciliari si garantisce la presenza di un ulteriore professionista sanitario	<input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI PER GLI EROGATORI DI PRESTAZIONI ORTO-PROTESICHE</b>	
1. 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"/>
2. 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.). (Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato)	<input type="checkbox"/>
3. E' presente un'area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti e che consente il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina	<input type="checkbox"/>
4. E' presente un'area o locale dedicato alla presa in carico del paziente o spazio attrezzato per tale attività che sia comunque ben distinto e separato dall'area di aspetto e che garantisca la tutela della riservatezza degli assistiti.	<input type="checkbox"/>
5. E' presente una sala di almeno 9 mq per il rilievo delle misure, per le prove e l'applicazione dei presidi medici, ben distinta da quella di aspetto <b>se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco dispositivi su misura.</b>	<input type="checkbox"/>
6. E' presente una sala di almeno 9 mq per il rilievo delle misure, per le prove e l'applicazione dei presidi medici, ben distinta da quella di aspetto <b>se e' stata indicata anche una sola famiglia nell'elenco ausili specialistici.</b>	<input type="checkbox"/>
7. E' presente un locale laboratorio in misura e spazi idonei a consentire la disposizione delle attrezzature, dei banchi lavoro e comunque: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. non inferiore a 30 mq se e' stata indicata anche una sola famiglia di uno degli elenchi dei dispositivi su misura o ausili specialistici;</li> <li>b. non inferiore a 60 mq se e' stata indicata anche una sola famiglia di entrambi gli elenchi dei dispositivi su misura e ausili specialistici.</li> </ul> <b>Per le filiali il locale laboratorio non è un requisito necessario in quanto non è presente la fase produttiva del dispositivo.</b>	<input type="checkbox"/>
8. E' presente l'area magazzino: in misura adeguata allo stoccaggio delle materie prime e componenti utili alla realizzazione dei dispositivi medici (minimo 20 mq per i soli dispositivi su misura, minimo 30 mq se trattasi dell'insieme di dispositivi di serie, predisposti e su misura). Per le filiali il magazzino, in deroga alle dimensioni minime sopra previste, può assumere una dimensione inferiore in quanto lo stoccaggio della merce è notevolmente inferiore.	<input type="checkbox"/>
9. E' presente l'area spogliatoio proporzionato al numero degli operatori (minimo 3 mq).	<input type="checkbox"/>
10. E' presente uno spazio/locale dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	<input type="checkbox"/>
11. I locali di cui ai punti 5, 6, 7 sono dedicati esclusivamente al processo erogativo delle sole protesi ortopediche	<input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI PRESTAZIONI AUDIOPROTESICHE</b>	
1. In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 (ad esclusione dei locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali per evidenti ragioni professionali sono necessari spazi dedicati alle prove in cui devono essere abbattuti rumori di fondo ed il riverbero dei suoni)	<input type="checkbox"/>
2. Le zone di accesso agli utenti disabili devono essere prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato	<input type="checkbox"/>
3. E' presente un area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti altresì deve consentire il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina.	<input type="checkbox"/>

4.	E' presente un locale (ben distinto e separato dall'area di aspetto) dedicato alla presa in carico del paziente, allo svolgimento delle prove, all'adattamento e alla consegna degli apparecchi acustici riservato esclusivamente al processo erogativo delle sole protesi acustiche.	<input type="checkbox"/>
5.	E' presente una sala per le prove, l'adattamento e la consegna degli apparecchi acustici.	<input type="checkbox"/>
6.	E' presente uno spazio/locale dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI PRESTAZIONI OTTICHE-OPTOMETRISTE</b>		
1.	In tutti i locali devono essere assicurate illuminazione e ventilazione adeguate in conformità a quanto indicato dal T.U. sulla salute e sicurezza sul lavoro D. Lgs.81/2008 (ad esclusione dei locali dedicati alle prove audioprotesiche nei quali per evidenti ragioni professionali sono necessari spazi dedicati alle prove in cui devono essere abbattuti rumori di fondo ed il riverbero dei suoni)	<input type="checkbox"/>
2.	Le zone di accesso agli utenti disabili devono essere prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato	<input type="checkbox"/>
3.	E' presente l'area di aspetto con minimo 4 posti con seduta indipendente dotata di un numero di sedute adeguato ai picchi di presenza degli utenti altresì deve consentire il libero transito e l'attesa dell'assistito in carrozzina.	<input type="checkbox"/>
4.	E' presente un locale (ben distinto e separato dall'area di aspetto) dedicato alla presa in carico del paziente, allo svolgimento delle prove, all'adattamento e alla consegna degli apparecchi ottici, riservato esclusivamente al processo erogativo dei soli presidi ottici.	<input type="checkbox"/>
5.	E' presente una sala per l'individuazione, le prove, l'adattamento e l'applicazione addestramento e assistenza (zona optometria, zona fornitura e zona tecnico-operativa).	<input type="checkbox"/>
6.	E' presente uno spazio dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti	<input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI MINIMI STRUTTURALI EROGATORI PRODOTTI MONOUSO E DI SERIE DI CUI ALL'ELENCO 2 DEL DM 332/99</b>		
1.	Le zone di accesso agli utenti sono prive di barriere architettoniche oppure dotate di adeguati mezzi tecnologici per il superamento delle stesse (montascale, rampe, etc.). (Se, per ragioni connesse a vincoli contenuti nei regolamenti edilizi locali, non sono possibili modifiche rispetto alla situazione esistente, le aziende istanti mantengono l'accreditamento in via provvisoria per un anno, al termine del quale debbono obbligatoriamente adeguarsi e/o ottenere deroga alla luce di opportuni correttivi proposti quale soluzione del problema osservato).	<input type="checkbox"/>
2.	Sono presenti le aree dedicate al contatto con i pazienti: a. Area di attesa opportunamente segnalata e distinta dall'area di erogazione; b. Area di erogazione dei presidi atta a consentire la tutela della privacy dell'assistito al momento della richiesta e dell'erogazione degli stessi.	<input type="checkbox"/>
3.	E' presente uno spazio dedicato alla conservazione della documentazione ed allo svolgimento delle attività amministrative inerenti l'iter erogativo dei presidi idoneo a garantire la tutela dei dati sensibili degli assistiti.	<input type="checkbox"/>
4.	E' presente il locale magazzino che è in misura adeguata allo stoccaggio delle materie prime e dei dispositivi medici.	<input type="checkbox"/>

<p><b>Dotazione hardware per il collegamento web e l'utilizzo del programma Asl per la ricezione prescrizioni, presa in carico e rendicontazione forniture</b></p> <p>E' presente il collegamento rete web e sistema informatico di gestione aziendale armonizzato con il sistema regionale LAIT.</p> <p>(Raccomandazione alla prima entrata in servizio del Sistema Informatico Regionale, titolo di perentorietà alla data di entrata a regime del Sistema)</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

<p><b>Sistema di qualità</b></p>	
<p>È fatto obbligo, ai termini del D.lg. 46/97 e s.m.i. di recepimento della Direttiva CEE 93/42 sui dispositivi medici l'implementazione di un:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema di Qualità Aziendale</li> <li>- Manuale di gestione per la qualità</li> </ul>	
<p>Limitatamente ai dispositivi medici su misura di classe 1 è consentita l'autocertificazione del sistema di qualità aziendale.</p>	
<p>Sistema di Qualità Aziendale Autocertificato:</p>	<p><input type="checkbox"/> presente (accettato in via di prima applicazione)</p>
<p>Sistema di Qualità Aziendale certificato: (raccomandato)</p>	<p><input type="checkbox"/> presente (obbligatorio a 18 mesi dalla pubblicazione)</p>
<p>- Ente certificante e n° certificato</p>	<p>.....</p>
<p>- Tipologia di certificazione</p>	<p>.....</p>
<p>- Data scadenza certificato</p>	<p>.....</p>
<p>Dotazione di codice etico e/o comitato di sorveglianza a norma D.lgs. 231/01</p>	<p><input type="checkbox"/> presente    <input type="checkbox"/> non presente</p>
<p>Dotazione di carta dei servizi</p>	<p><input type="checkbox"/> presente    <input type="checkbox"/> non presente</p>
<p>.....</p>	

## REQUISITI TECNOLOGICI

### Elenco attrezzature per **Azienda Ortopedica**

<b>Elenco dispositivi</b>	<b>Elenco attrezzature minime richieste per la sede operativa</b>	
<b>Ortesi podaliche e rialzi</b> 06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione per plantari) o apparecchio multifunzione</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• forno per termoformatura</li> <li>• pistola termica</li> <li>• trapano a mano</li> <li>• seghetto alternativo</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Calzature ortopediche predisposte</b> 06.33.03 calzature ortopediche di serie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice da banco</li> <li>• utensileria adeguata ad eseguire interventi di modifica e adattamento calzature di serie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Calzature ortopediche su misura</b> 06.33.06 Calzature ortopediche su misura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• banco di finissaggio</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione)</li> <li>• macchina da cucire a torre o a braccio</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Ortesi per arto inferiore</b> 06.12.06 Ortesi caviglia-piede 06.12.09 Ortesi ginocchio 06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede 06.12.15 Ortesi anca 06.12.16 Ortesi anca-ginocchio 06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• forno per termoformatura</li> <li>• tronchese/ trancia per ferro</li> <li>• macchina per cucire</li> <li>• macchina per cucire a torre o a braccio</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• impianto saldatura qualora attività non esternalizzata</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Ortesi per arto superiore</b> 06.06.03 Ortesi per dita 06.06.06 Ortesi per mano 06.06.09 Ortesi per polso (avambraccio) 06.06.12 Ortesi per polso-mano 06.06.13 Ortesi per polso-mano-dita 06.06.15 Ortesi per gomito 06.06.18 Ortesi per gomito-polso 06.06.19 Ortesi per gomito-polso-mano 06.06.21 Ortesi per spalla 06.06.24 Ortesi per spalla-gomito 06.06.27 Ortesi per spalla-gomito-polso 06.06.30 Ortesi per spalla-gomito-polso-mano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• vacuum (impianto di decompressione)</li> <li>• forno per termoformatura</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• macchina da cucire a torre o a braccio</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>



<p><b>Presidi addominali</b> 03 12 03 Cinghie erniarie 03 12 06 Ventriere e cinti erniari</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire industriale cucitura lineare e zig-zag</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Ortesi spinali</b> 06 03 03 Ortesi sacro-iliache 06 03 06 Ortesi lombosacrali 06 03 09 Ortesi toraco-lombo-sacrali 06 03 12 Ortesi cervicali 06 03 15 Ortesi cervico-toraciche 06 03 18 Ortesi cervico-toraco-lombo-sacrali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• forno elettrico per termoformatura</li> <li>• seghetto oscillante</li> <li>• banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• banco di finissaggio</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Protesi di arto superiore e inferiore</b> 06.18.03 Protesi parziali di mano e dita 06.18.06 Protesi di disarticolazione di polso 06.18.09 Protesi transradiali 06.18.12 Protesi per disarticolazioni del gomito 06.18.15 Protesi transomerari 06.18.18 Protesi per disarticolazione di spalla 06.18.21 Protesi per amputazione di spalla 06.24.03 Protesi parziali di piede e dita 06.24.06 Protesi di disarticolazione di caviglia 06.24.09 Protesi transtibiali 06.24.12 Protesi per disarticolazioni di ginocchio 06.24.15 Protesi trans femorali 06.24.18 Protesi per emipelvectomia 06.27 Protesi cosmetiche e non funzionali di arto inferiore</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• impianto di decompressione per laminazione</li> <li>• smerigliatrice a braccio inclinato</li> <li>• allineatore meccanico o laser</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• spianatrice</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• macchina per cucire</li> <li>• banco stilizzazione gesso o attrezzatura Cad Cam</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Sistemi di postura su misura</b> 18.09.39 Unità posturali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure</li> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• forno elettrico per termoformatura</li> <li>• seghetto oscillante</li> <li>• banco stilizzazione gesso o attrezzatura cad cam</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>  03 Ausili per terapia e addestramento  03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio  03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane  09 Ausili per la cura e la protezione personale  12 Ausili per la mobilità personale  12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio  12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia  12.18 Biciclette  12.21 Carrozzine  12.24 Accessori per carrozzine  12.27 Veicoli  12.36 Ausili per sollevamento  19.09 Ausili per la posizione seduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• banchino di assistenza e personalizzazione</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

<p style="text-align: center;"><b>REQUISITI TECNOLOGICI</b>  Elenco attrezzature per <b>Azienda Ortopedica</b></p>		
<b>Elenco dispositivi</b>	<b>Elenco attrezzature minime richieste per filiale</b>	
<p><b>Ortesi podaliche e rialzi</b>  06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• pistola termica</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Calzature ortopediche predisposte</b>  06.33.03 Calzature ortopediche di serie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Calzature ortopediche su misura</b>  06.33.06 Calzature ortopediche su misura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Ortesi per arto inferiore</b>  06.12.06 Ortesi caviglia-piede  06.12.09 Ortesi ginocchio  06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede  06.12.15 Ortesi anca  06.12.16 Ortesi anca-ginocchio  06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Ortesi per arto superiore</b>  06.06.03 Ortési per dita  06.06.06 Ortési per mano  06.06.09 Ortési per polso (avambraccio)  06.06.12 Ortési per polso-mano  06.06.13 Ortési per polso-mano-dita  06.06.15 Ortési per gomito  06.06.18 Ortési per gomito-polso  06.06.19 Ortési per gomito-polso-mano  06.06.21 Ortési per spalla  06.06.24 Ortési per spalla-gomito  06.06.27 Ortési per spalla-gomito-polso  06.06.30 Ortési per spalla-gomito-polso-mano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Presidi addominali</b>  03 12 03 Cinghie erniarie  03 12 06 Ventriere e cinti erniari</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	- <input type="checkbox"/>
<p><b>Ortesi spinali</b>  06 03 03 Ortési sacro-iliache  06 03 06 Ortési lombosacrali  06 03 09 Ortési toraco-lombo-sacrali  06 03 12 Ortési cervicali  06 03 15 Ortési cervico-toraciche  06 03 18 Ortési cervico-toraco-lombo-sacrali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Protesi di arto superiore e inferiore</b>  06.18.03 Protési parziali di mano e dita  06.18.06 Protési di disarticolazione di polso  06.18.09 Protési transradiali  06.18.12 Protési per disarticolazioni del gomito  06.18.15 Protési transomerale  06.18.18 Protési per disarticolazione di spalla  06.18.21 Protési per amputazione di spalla  06.24.03 Protési parziali di piede e dita  06.24.06 Protési di disarticolazione di caviglia  06.24.09 Protési transtibiali  06.24.12 Protési per disarticolazioni di ginocchio  06.24.15 Protési trans femorali  06.24.18 Protési per emipelvectomia  06.27 Protési cosmetiche e non funzionali di arto inferiore</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Sistemi di postura su misura</b>  18.09.39 Unità posturali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure</li> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>  03 Ausili per terapia e addestramento  03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio  03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane  09 Ausili per la cura e la protezione personale  12 Ausili per la mobilità personale  12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio  12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia  12.18 Biciclette  12.21 Carrozzine  12.24 Accessori per carrozzine  12.27 Veicoli  12.36 Ausili per sollevamento  19.09 Ausili per la posizione seduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• banchino di assistenza e personalizzazione</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

<b>REQUISITI TECNOLOGICI</b> Elenco attrezzature per <b>Azienda Ortopedica</b>		
<i>Elenco dispositivi</i>	<b>Elenco attrezzature minime richieste per le produzioni esternalizzate</b>	
<p><b>Ortesi podaliche e rialzi</b>  06.12.03 Ortesi per piede, inclusi plantari e inserti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podoscopio o altro apparecchio equivalente per il rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Calzature ortopediche predisposte</b>  06.33.03 Calzature ortopediche di serie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria adeguata ad eseguire interventi di modifica e adattamento calzature di serie</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Calzature ortopediche su misura</b>  06.33.06 Calzature ortopediche su misura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• banco di finissaggio</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Ortesi per arto inferiore</b>  06.12.06 Ortesi caviglia-piede  06.12.09 Ortesi ginocchio  06.12.12 Ortesi ginocchio-caviglia-piede  06.12.15 Ortesi anca  06.12.16 Ortesi anca-ginocchio  06.12.18 Ortesi anca-ginocchio- caviglia-piede</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Ortesi per arto superiore</b>  06.06.03 Orttesi per dita  06.06.06 Orttesi per mano  06.06.09 Orttesi per polso (avambraccio)  06.06.12 Orttesi per polso-mano  06.06.13 Orttesi per polso-mano-dita  06.06.15 Orttesi per gomito  06.06.18 Orttesi per gomito-polso  06.06.19 Orttesi per gomito-polso-mano  06.06.21 Orttesi per spalla  06.06.24 Orttesi per spalla-gomito  06.06.27 Orttesi per spalla-gomito-polso  06.06.30 Orttesi per spalla-gomito-polso-mano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Presidi addominali</b>  03 12 03 Cinghie erniarie  03 12 06 Ventriere e cinti erniari</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire industriale cucitura lineare e zig-zag</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Ortesi spinali</b>  06 03 03 Orttesi sacro-iliache  06 03 06 Orttesi lombosacrali  06 03 09 Orttesi toraco-lombo-sacrali  06 03 12 Orttesi cervicali  06 03 15 Orttesi cervico-toraciche  06 03 18 Orttesi cervico-toraco-lombo-sacrali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• seghetto oscillante</li> <li>• trapano a colonna</li> <li>• smerigliatrice a nastro</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Protesi di arto superiore e inferiore</b>  06.18.03 Proteti parziali di mano e dita  06.18.06 Proteti di disarticolazione di polso  06.18.09 Proteti transradiali  06.18.12 Proteti per disarticolazioni del gomito  06.18.15 Proteti transomerale  06.18.18 Proteti per disarticolazione di spalla  06.18.21 Proteti per amputazione di spalla  06.24.03 Proteti parziali di piede e dita  06.24.06 Proteti di disarticolazione di caviglia  06.24.09 Proteti transtibiali  06.24.12 Proteti per disarticolazioni di ginocchio  06.24.15 Proteti trans femorali  06.24.18 Proteti per emipelvectomia  06.27 Proteti cosmetiche e non funzionali di arto inferiore</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• smerigliatrice a braccio inclinato</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• trapano a colonna</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Sistemi di postura su misura</b>  18.09.39 Unità posturali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistema a sacchi sottovuoto per rilievi delle misure</li> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• macchina da cucire</li> <li>• seghetto oscillante</li> <li>• Trapano a colonna</li> <li>• utensileria idonea</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Ausili per la deambulazione e carrozzine</b>  03 Ausili per terapia e addestramento  03.48 Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio  03.78 Ausili per la rieducazione nelle attività quotidiane  09 Ausili per la cura e la protezione personale  12 Ausili per la mobilità personale  12.03 Ausili per la deambulazione utilizzati con un braccio  12.06 Ausili per la deambulazione utilizzati con due braccia  12.18 Biciclette  12.21 Carrozzine  12.24 Accessori per carrozzine  12.27 Veicoli  12.36 Ausili per sollevamento  19.09 Ausili per la posizione seduta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attrezzatura di supporto al rilievo morfologico</li> <li>• utensileria idonea</li> <li>• banchino di assistenza e personalizzazione</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

<b>REQUISITI TECNOLOGICI</b>		
<u>Elenco attrezzature per Azienda Audioprotesica</u>		
<b>Elenco attrezzature per audioprotesi</b>	<b>Elenco attrezzature minime richieste per sede operativa e filiale</b>	
<p><b>Ausili per l'udito</b>  21.45  21.36.09.003  21.39.24.003  21.39.24.006  21.39.27.003  21.39.27.006  21.42.12.003</p> <p><b>Ausili per la comunicazione e l'informazione</b>  21.39</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema di audiometria tonale, vocale e campo libero</li> <li>• Orecchio elettronico per la misurazione e la valutazione degli apparecchi acustici</li> <li>• Sistema hardware e software di programmazione degli ausili per l'udito</li> <li>• Otoscopio per l'ispezione del condotto uditivo esterno</li> <li>• Kit per il rilievo dell'impronta del condotto uditivo esterno</li> <li>• Cabina silente e/o locale insonorizzato, sostituibile in alternativa da audiometro dotato di cuffie circumaurali per abbattimento del rumore esterno.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<b>REQUISITI TECNOLOGICI PER AZIENDE OTTICHE-OPTOMETRICHE</b>		
<b>Elenco attrezzature per dispositivi ottici</b>	<b>Elenco attrezzature minime richieste per sedi e filiali</b>	
<b>Ausili per la vista</b> 21.03.03 Lenti oftalmiche 21.03.09 Lenti a contatto 21.03.21/24 Cannocchiali da occhiali per visione lontana/vicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frontifocometro</li> <li>• Forottero o cassetta optometrica</li> <li>• Ottotipo luminoso o a proiezione</li> <li>• Retinoscopio</li> <li>• Schiascopio</li> <li>• Oftalmometro</li> <li>• Lampada a fessura</li> <li>• Mola</li> <li>• Ventiletta</li> <li>• Test lettura per ipovedenti</li> <li>• Set lenti a contatto per individuazione e prova</li> <li>• Set sistemi telescopici per individuazione e prova</li> <li>• Set lenti ingrandienti per individuazione e prova</li> <li>• Test lacrimali</li> <li>• Sterilizzatore per lenti a contatto</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
06.30.21 Protesi oculari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Becchi Bunsen</li> <li>• Attrezzi per la lavorazione del vetro</li> <li>• Materiali per impronte e per la lavorazione delle resine</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

Data

Timbro e firma

---



---

Data

Timbro e firma del franchisor  
(in caso di franchising)

---



---