



ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE
VENETO

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di una lista di accreditamento regionale per l'eventuale conferimento di incarichi di collaborazione esterna per medici ODONTOIATRI

(Regolamento allegato alla delibera del Presidente-Commissario straordinario n. 222/2009)

La Direzione regionale Inail per il Veneto pubblica il presente avviso per la formazione di una lista di accreditamento regionale di consulenti odontoiatri qualificati per l'eventuale conferimento di incarichi di collaborazione esterna - con rapporto di lavoro autonomo ai sensi dell'articolo 2230 e successivi del Codice Civile - aventi ad oggetto l'esecuzione di visite specialistiche e la redazione di pareri e relazioni medico legali, da eseguirsi sui casi d'infortunio sul lavoro di competenza delle sedi territoriali comprese nelle Direzioni territoriali INAIL di PADOVA-ROVIGO, TREVISO-BELLUNO, VENEZIA, VERONA e VICENZA.

Agli specialisti inseriti nella lista del presente avviso gli incarichi potranno essere conferiti di volta in volta, secondo le prevalenti esigenze dell'Istituto, dai Responsabili delle Direzioni territoriali INAIL con successivi distinti atti, sulla base di specifica richiesta di consulenza da parte dei medici dell'Istituto in forza presso i Centri medico legali delle sopra citate strutture territoriali.

1. FORMAZIONE DELLA LISTA E SUA DURATA

Nella lista verranno inseriti esclusivamente medici odontoiatri - in possesso dei requisiti previsti al successivo punto 5 - che esercitino la professione in studi/ambulatori ubicati nel territorio della regione Veneto, preferibilmente nei capoluoghi delle province di Belluno - Padova - Rovigo - Treviso - Venezia - Verona - Vicenza o nei comuni limitrofi, così da garantire l'esecuzione delle prestazioni consulenziali richieste senza comportare eccessivi spostamenti da parte degli assicurati, e in regola con le necessarie autorizzazioni rilasciate dalle Autorità competenti, privi di barriere architettoniche e raggiungibili con i mezzi pubblici.

Gli interessati dovranno indicare nella domanda, a pena di irricevibilità della stessa, lo/gli studio/i dove saranno svolti gli accertamenti richiesti.

La lista di accreditamento regionale verrà redatta in ordine alfabetico in base al cognome del professionista e nell'affidamento degli incarichi si ricorrerà, di norma, al criterio di rotazione nel rispetto del principio di pari opportunità e tenuto conto dei tempi di esecuzione degli incarichi comunicati dai professionisti, entro il limite massimo di 7 gg dal ricevimento della richiesta di consulenza.

L'inserimento nella lista non dà luogo ad alcun diritto soggettivo ad ottenere il conferimento degli incarichi né può dar vita a pretese di indennizzo per perdita di *chances* o per preteso ridotto numero di incarichi.

La Direzione regionale INAIL per il Veneto si riserva la facoltà di procedere alla revoca, totale o parziale, dell'Avviso, per sopravvenuti motivi di interesse pubblico, ovvero di non

attingere in futuro alla lista in qualsiasi momento lo ritenga anche solo opportuno, senza che ciò possa ingenerare in coloro che hanno presentato domanda di inserimento eventuali possibili aspettative.

Sono cause di cancellazione dalla lista, oltre alla perdita dei requisiti per l'iscrizione:

- il mancato o inesatto assolvimento, con puntualità e diligenza, dell'incarico affidato, in assenza di valide cause di giustificazione che saranno valutate dai Responsabili delle sedi che hanno conferito l'incarico;
- il rifiuto, senza giustificato motivo, dell'incarico affidato;
- l'esito negativo delle verifiche d'ufficio sull'effettivo possesso dei requisiti dichiarati nella domanda.

Qualora si verifichi anche una sola delle predette condizioni si procederà, con apposito provvedimento e previa contestazione di addebito, alla revoca dell'eventuale incarico affidato ed alla cancellazione d'ufficio dalla lista.

In ogni momento gli interessati potranno chiedere la cancellazione dalla lista ovvero rinunciare all'incarico ricevuto. In tal caso l'amministrazione provvederà alla cancellazione del nominativo dalla lista.

La lista è aperta e sempre implementabile in quanto soggetta ad aggiornamento con cadenza annuale ai sensi di quanto stabilito al successivo punto 9; la sua durata è triennale a decorrere dalla data di approvazione della stessa.

2. OGGETTO E LUOGO DI SVOLGIMENTO DEGLI INCARICHI

Gli atti di conferimento dell'incarico da trasmettere tramite pec all'indirizzo indicato dal professionista avranno ad oggetto le seguenti prestazioni, da espletare nello/negli studio/i indicati nella domanda di partecipazione:

a) Visita specialistica odontoiatrica, compresa eventuale radiografia endorale e predisposizione di parere scritto su:

- nesso di causalità tra le lesioni odontoiatriche ed il trauma denunciato;
- entità delle lesioni riportate;
- altro parere specifico richiesto dal medico Inail.

con redazione di eventuale preventivo per le spese di protesizzazione sulla base del Tariffario regionale di riferimento in materia di prestazioni in odontoiatria per INAIL - allegato al presente avviso - con la precisazione che i valori nello stesso indicati sono da considerare quale importo massimo erogabile

b) Visita specialistica odontoiatrica e predisposizione di parere scritto di congruità sui preventivi formulati da odontoiatri di fiducia dei pazienti

c) Visita specialistica odontoiatrica e predisposizione di parere scritto sui lavori effettuati da odontoiatri privati e/o verifica della rispondenza con i preventivi autorizzati e/o collaudo dei manufatti.

Lo svolgimento delle prestazioni oggetto degli incarichi ha esclusivo carattere di consulenza e non già curativo, con la conseguenza che deve ritenersi incompatibile con la fornitura, anche indiretta a mezzo di professionisti riconducibili al medesimo Studio dell'odontoiatra incaricato, di prestazioni curative all'assicurato, pena la risoluzione automatica del rapporto contrattuale con l'Istituto.

3. MODALITA' E TEMPI DI ESECUZIONE DELL'INCARICO

Le visite e gli esami saranno effettuati, previo appuntamento, nelle giornate e negli orari concordati, tenuto conto delle prevalenti esigenze delle Sedi committenti.

L'incarico dovrà essere eseguito entro il termine massimo 7 (sette) giorni lavorativi dalla data del conferimento ovvero nel minor tempo comunicato dal professionista nella domanda di partecipazione. Nello stesso tempo dovranno essere trasmessi, tramite pec, alle sedi territoriali competenti i pareri richiesti.

Il mancato rispetto del termine di svolgimento dell'incarico, senza valida giustificazione, comporterà, previa contestazione formale da parte del Responsabile della sede competente, una penale pari al 15% del corrispettivo di seguito indicato, fatto salvo quanto previsto al precedente punto 1.

4. CORRISPETTIVI

- a) Il corrispettivo per le visite specialistiche con redazione di relazione e preventivo scritti, compresa eventuale radiografia endorale, è stabilito in € 100,00 (cento/00);
- b) Il corrispettivo per le visite specialistiche e i pareri resi su prestazioni eseguite da odontoiatri privati e sulla congruità dei costi sostenuti anche ai fini del collaudo è stabilito in €40,00 (quaranta/00).

I suddetti compensi sono da intendersi IVA esclusa.

Gli oneri previdenziali restano a carico dello specialista.

L'INAIL applicherà la ritenuta d'acconto nella misura prevista dalla normativa vigente.

Il professionista dovrà trasmettere tramite SDI alla Direzione regionale con cadenza trimestrale le fatture elettroniche relative agli incarichi regolarmente svolti nel periodo antecedente, avendo cura di riportare i riferimenti alla pratica Inail, alle prestazioni eseguite e all'incarico conferito.

L'emissione delle fatture dovrà essere preceduta, per ogni singolo incarico, dal certificato di pagamento attestante la regolarità dell'esecuzione dell'incarico conferito, emesso dalla sede territoriale competente e notificato al professionista.

La fattura stesse saranno pagate nel rispetto dei termini previsti dall'art. 4 del D.lgs. n. 231/2002 e s.m.i.

Per l'emissione della fattura lo specialista dovrà ottemperare alle disposizioni in materia di FATTURAZIONE ELETTRONICA previste dal Decreto Ministeriale 3 aprile 2013 n. 55.

In proposito si fa presente che l'Istituto, ai sensi dell'art. 1, primo comma del decreto legge n. 50/2017, applica la scissione dei pagamenti (meccanismo di versamento dell'IVA che consente all'erario di acquisire direttamente l'imposta dovuta). La fattura elettronica dovrà pertanto riportare nell'apposito campo esigibilità IVA il valore 'S' che, come previsto dalle "specifiche tecniche operative del sistema di interscambio", indica la scissione dei pagamenti e conseguentemente l'IVA relativa verrà versata direttamente all'erario dall'INAIL. Qualora pervenisse senza il citato valore 'S' la fattura non potrà essere accettata e verrà respinta nel cruscotto della fatturazione elettronica.

Per gli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010, lo specialista dovrà comunicare gli estremi del conto corrente dedicato attivo presso un istituto bancario ovvero Poste Italiane S.p.a., specificandone l'intestazione e indicando i nominativi dei soggetti (persone fisiche) eventualmente delegati ad operare sul conto stesso.

5. REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI

Nella lista di accreditamento regionale saranno inseriti specialisti in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento universitario) e diploma di specializzazione in Odontoiatria/Chirurgia Maxillo-Facciale oppure laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria
- abilitazione all'esercizio della professione medica;
- iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- conseguimento dei crediti formativi obbligatori;
- elevata competenza professionale documentata (es. corsi di perfezionamento, Master, ecc.) nella branca specialistica in esame;
- esperienza maturata nella formulazione di pareri medico legali relativamente ad eventi traumatici all'apparato dentario e nella formulazione di pareri di congruità su preventivi rilasciati da altri studi odontoiatrici (ad es. come consulente tecnico d'ufficio o perito in procedimenti penali);
- assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di inserimento nella lista. Il difetto anche di uno solo di tali requisiti comporta la non ammissione alla selezione.

Si precisa inoltre che, ai sensi dell'art. 5 comma 9 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 convertito, con modificazioni, dalla L. n. 135 del 7 agosto 2012 così come modificato dall'art. 6 del D.L. n. 90 del 24 giugno 2014 convertito, con modificazioni, dalla L. n. 114 dell'11 agosto 2014, è fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza.

6. MANLEVA

Gli specialisti accreditati si obbligano a manlevare e tenere indenne l'INAIL da qualsivoglia pretesa di terzi per fatti e colpe imputabili a loro stessi o ai propri dipendenti, ausiliari e collaboratori e assumono ogni responsabilità per infortunio o danni eventualmente subiti da persone e cose e cagionati dall'esecuzione delle prestazioni contrattuali, anche se eseguite da terzi.

Gli specialisti accreditati dovranno essere in possesso, per tutta la durata della convenzione con l'Istituto, di apposita copertura assicurativa a garanzia della responsabilità civile professionale verso terzi con massimale adeguato.

7. OBBLIGHI IN MATERIA DI SICUREZZA

Gli specialisti accreditati si impegnano alla piena e completa osservanza della normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro. In particolare sono responsabili, nei locali e laboratori adibiti allo svolgimento della loro attività, dell'attuazione delle misure di prevenzione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, secondo quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i.

8. PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Lo svolgimento degli incarichi è soggetto all'osservanza delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali di cui al D.lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (Regolamento UE 679/2016) per quanto attiene ai dati acquisiti in qualsiasi modo in relazione all'opera svolta.

I dati personali forniti dai partecipanti alla procedura di accreditamento sono trattati, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (Regolamento UE 679/2016), esclusivamente nell'ambito del procedimento di formazione della lista di accreditamento e di conferimento degli incarichi libero-professionali di cui al presente avviso e per l'eventuale successivo svolgimento degli incarichi stessi.

INAIL informa che in conformità a quanto previsto dall'art. 15 del Decreto Legislativo 33/2013 e successive modifiche e integrazioni procederà alla pubblicazione, sul portale dell'Istituto - Amministrazione trasparente -, del curriculum vitae degli specialisti selezionati e dell'ulteriore documentazione prescritta dalla normativa vigente.

9. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati dovranno presentare la domanda in carta semplice, comprensiva delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del DPR n. 445/2000 e dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali, utilizzando esclusivamente l'allegato fac-simile.

Alla domanda dovranno essere allegati, a pena di irricevibilità della stessa, un curriculum vitae redatto nel formato europeo (in .pdf), la "dichiarazione per affidamento incarico ... con comunicazione dati da pubblicare ai sensi dell'art. 15 co. 1 lett. C del D.lgs. n. 33/2013" e fotocopia del documento di identità. Saranno ammesse le domande firmate con firma digitale ovvero con firma autografa.

DIREZIONE REGIONALE VENETO

Le istanze redatte o inviate con modalità difformi da quelle previste, non saranno prese in considerazione.

Le domande e i documenti allegati dovranno essere inviati entro il giorno **15 settembre 2023, ore 14:00** e dovranno pervenire esclusivamente tramite PEC all'indirizzo veneto@postacert.inail.it a pena di esclusione dalla procedura di accreditamento, salvo casi di oggettiva impossibilità ad utilizzare la casella PEC. Nell'oggetto della PEC dovrà essere riportata la seguente dicitura: "Domanda per l'inserimento nella lista regionale di accreditamento per l'eventuale conferimento di incarichi come medico ODONTOIATRA per le Sedi delle Direzioni territoriali INAIL del Veneto".

Le istanze inoltrate oltre il termine sopra indicato saranno esaminate ed eventualmente inserite nella lista all'atto dell'aggiornamento della stessa, che avverrà a cadenza periodica annuale.

L'Istituto si riserva la facoltà di procedere alla formazione della lista di accreditamento anche in presenza di una sola domanda valida presentata.

La procedura si concluderà entro il termine massimo di 180 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso.

Il responsabile del procedimento è il dott. MASSIMO PRANDI, Dirigente dell'Ufficio programmazione, organizzazione e attività strumentali della Direzione regionale INAIL per il Veneto.

Eventuali informazioni sullo svolgimento delle prestazioni potranno essere richieste direttamente alla Direzione regionale per il Veneto ai seguenti indirizzi e-mail: veneto@inail.it, veneto@postacert.inail.it.

10. PUBBLICITA' DELL'AVVISO

Il presente avviso viene pubblicato integralmente sul sito internet dell'Istituto: www.inail.it fino alla data di scadenza per la presentazione delle domande, ed inviato agli Ordini dei Medici delle province del Veneto per garantirne una maggiore diffusione.

IL DIRETTORE REGIONALE

dott.ssa Enza Scarpa

Allegati:

- 1) Fac-simile di domanda
- 2) CV in formato europeo
- 3) Dichiarazione per affidamento incarico ... con comunicazione dati da pubblicare ai sensi dell'art. 15 co. 1 lett. C del D.lgs. n. 33/2013
- 4) Tariffario di riferimento in materia di prestazioni in odontoiatria per INAIL

INAIL
DIREZIONE REGIONALE VENETO
Santa Croce 712
30135 - VENEZIA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L'INSERIMENTO NELLA LISTA DI ACCREDITAMENTO REGIONALE PER MEDICI ODONTOIATRI DELLA DIREZIONE REGIONALE INAIL PER IL VENETO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (_____) il _____
residente nel comune di _____ prov. _____
via _____ n. _____ tel. _____
cell. _____ C.F. _____
partita IVA _____ p.e.c. _____

CHIEDE

di essere inserito nella lista di accreditamento regionale per l'eventuale affidamento di incarichi relativi alle prestazioni indicate nell'avviso pubblico in oggetto.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

☐ di essere cittadino italiano o di uno degli stati membri dell'Unione europea;

☐ di godere dei diritti civili e politici;

☐ di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

laurea in _____ presso l'Università
di _____ il _____ con
voto di _____

specializzazione in _____,
presso l'Università di _____, il
_____ con voto _____;

☐ di essere abilitato all'esercizio della professione medica a decorrere dal
_____;

☐ di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia
di _____ al n. _____ dal _____;

- ☐ che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di versamento contributivo: SI NO (*barrare l'opzione ricorrente*)
- ☐ di aver conseguito i crediti formativi obbligatori secondo le vigenti disposizioni in materia;
- ☐ di non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto in regime di rapporto libero-professionale (Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni);
- ☐ di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio per i quali si possa configurare un conflitto di interessi con l'attività istituzionale dell'INAIL;
- ☐ di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- ☐ di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di case di cura convenzionate con l'INAIL, site nella regione Veneto e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- ☐ di non essere proprietario, comproprietario, propagandista o comunque collaboratore di case farmaceutiche;
- ☐ di non avere responsabilità di medico competente;
- ☐ di non avere giudizi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- ☐ di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interessi personale - anche potenziale - con INAIL, avuto riguardo anche all'associazione professionale/società di professionisti di cui eventualmente faccia parte, tali da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite all'Istituto;
- ☐ di non avere svolto incarichi e non essere titolare di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A.;
- ☐ di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- ☐ di non aver riportato condanne penali che abbiano comportato, quale sanzione accessoria, l'incapacità di contrarre con la pubblica amministrazione;
- ☐ di non avere procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza del sottoscritto;
- ☐ di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dalla legge 31.5.1965, n. 575 e successive modifiche e integrazioni (normativa antimafia);
- ☐ di non essere mai stato destituito né dispensato dalle Pubbliche Amministrazioni né di aver ricevuto da parte di una Pubblica amministrazione risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il presente;
- ☐ di non avere subito provvedimenti di sospensione o altri provvedimenti disciplinari da parte dell'Organo di Disciplina dell'Ordine di appartenenza:
- ☐ di essere in possesso della polizza assicurativa n. stipulata con la compagnia per un massimale di per responsabilità professionale conforme alla vigente normativa in materia;

☐ di essere consapevole che l'eventuale inserimento nella lista di accreditamento regionale non fa sorgere in capo al richiedente alcun diritto all'affidamento degli incarichi né fa sorgere in capo all'INAIL alcun obbligo circa l'affidamento dei medesimi;

☐ di essere consapevole, riconoscere ed accettare che l'eventuale inserimento nella lista di accreditamento regionale non costituisce giudizio di idoneità e non dà luogo a graduatorie di merito, né radica il diritto a ricevere il conferimento di incarichi;

☐ di essere consapevole e di accettare che l'INAIL possa procedere ad idonei controlli per verificare la veridicità di quanto esposto e dichiarato nella domanda, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445;

☐ di aver fatto opzione al competente ufficio IVA per il regime fiscale agevolato (art. 13 della legge n. 388/2000): SI NO (*barrare l'opzione ricorrente*)

oppure

di avere aderito al regime fiscale dei "Contribuenti minimi" di cui all'art. 1 comma 96 della legge finanziaria 2008: SI NO (*barrare l'opzione ricorrente*)

☐ il proprio consenso al trattamento dei dati personali e di essere informato che quelli raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016, e quindi ne autorizza il trattamento anche ai fini degli adempimenti in materia di trasparenza degli incarichi conferiti dalle PP.AA. tra cui la pubblicazione del curriculum vitae (art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013);

☐ di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s. m. i. e del Regolamento UE 679/2016, e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;

☐ di autorizzare l'INAIL ad inviare ogni comunicazione relativa al presente avviso al seguente indirizzo PEC _____

☐ di autorizzare l'INAIL ad inviare ogni comunicazione relativa all'incarico al seguente indirizzo PEC _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre: (*barrare l'opzione scelta*):

☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di qualificazione professionale:

Corsi di perfezionamento _____

Master in _____

☐ di aver svolto attività odontoiatrica per n. _____ anni

☐ di aver svolto - come consulente tecnico d'ufficio nei procedimenti civili o di lavoro o come perito nei procedimenti penali - i seguenti incarichi in materia di odontoiatria nel triennio precedente l'anno di presentazione della domanda:

☐ di aver svolto le seguenti attività/incarichi nella formulazione di pareri medico legali relativamente ad eventi traumatici all'apparato dentario e nella formulazione di pareri di congruità su preventivi rilasciati da altri studi odontoiatrici (indicare il committente):

☐ che l'incarico professionale sarà svolto presso lo studio/ambulatorio/i ubicato/i in _____
via _____ in regola con le necessarie autorizzazioni rilasciate dalle Autorità competenti, privo di barriere architettoniche e facilmente raggiungibile/i;

☐ che le relazioni sugli incarichi saranno trasmesse agli indirizzi PEC delle sedi territoriali INAIL entro gg dalla richiesta di parere; così da consentire il corretto espletamento dell'iter procedurale per la definizione del caso anche ai fini amministrativi (termine massimo previsto dall'avviso 7 gg.)

MANIFESTA

la propria disponibilità ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Regolamento UE 679/2016)

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della lista di accreditamento regionale.

Si allega alla presente domanda:

- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità
- curriculum vitae in formato europeo
- dichiarazione per affidamento incarico ... con comunicazione dati da pubblicare ai sensi dell'art. 15 co. 1 lett. C del D.Lgs. n. 33/2013

IN FEDE

(luogo, data)

Firma (autografa o digitale)

<https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/consulenti-e-collaboratori/selezioni-comparative/selezione-comparativa-lista-odontoiatri-dr-veneto-2023.html>

<https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/avvisi-e-scadenze/ammt-scadenza-selezione-comp-dr-veneto-medici-odont-23.html>

DIREZIONE REGIONALE
VENETO

SOVRINTENDENZA SANITARIA REGIONALE

TARIFFARIO ODONTOIATRICO
Gennaio 2020

1) VISITA PRELIMINARE E RELAZIONE	100,00
(in merito al nesso causale e piano di trattamento riabilitativo con relativi importi secondo tariffario), compresi pareri su preventivi di odontoiatri esterni e compresa eventuale radiografia endorale.	
2) COLLAUDO (VISITA e RELAZIONE) delle prestazioni eseguite da odontoiatri privati (su richiesta del Dirigente Medico di Sede)	40,00

PARODONTOLOGIA

P1) CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE, GENGIVECTOMIA	200,00
P2) CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE (sito singolo)	600,00
P3) CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE (sito multiplo)	800,00
P4) INNESTO LIBERO di MUCOSA	400,00
P5) CHIRURGIA OSSEA-RESETTIVA	500,00
P6) CHIRURGIA OSSEA-RIGENERATIVA (comprensiva di biomateriali e membrana)	1.000,00

CHIRURGIA

C1) ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE SEMPLICE	50,00
C2) ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE COMPLESSA	100,00
C3) ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE INCLUSI	225,00
C4) INTERVENTI DI CHIRURGIA PRE- PROTESICA (per emiarcata)	400,00
C5) INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA ORALE (frenulectomia, incisione di ascessi, asportazione cisti mucose, piccole neoplasie, asportazione epulidi)	150,00

C6) APICECTOMIA o RIZOTOMIA-RIZECTOMIA	150,00
C7) RIMOZIONE IMPIANTI SEMPLICE	80,00
C8) RIMOZIONE IMPIANTI COMPLESSA	350,00
C9) REIMPIANTO DENTARIO (per elemento)	100,00

TERAPIA CONSERVATIVA

TC1) TEST DI VITALITA' (esclusa visita)	30,00
TC2) OTTURAZIONE/MEDICAZIONE PROVVISORIA (per elemento)	50,00
TC3) RICOSTRUZIONE CORONALE (semplice fino a 2 superfici)	100,00
TC4) RICOSTRUZIONE ESTETICA	150,00
TC5) RICOSTRUZIONE COMPLESSA E/O con MEZZI di RITENZIONE (oltre 2 superfici e/o con perno in fibra di carbonio o vetro)	250,00
TC6) SPLINTAGGIO EXTRACORONALE GENERALE (per sestante)	150,00
TC7) SPLINTAGGIO INTRACORONALE o EXTRACORONALE (per sestante con Brackets per elemento)	200,00

ENDODONZIA

E1) TERAPIA ENDO CON OTTURAZIONE CANALARE PER CANALE (esclusa la ricostruzione coronale ma comprese le Rx)	90,00
E2) RITRATTAMENTO CON OTTURAZIONE CANALARE PER CANALE (esclusa la ricostruzione coronale ma comprese le Rx)	110,00

IMPLANTOLOGIA – PROTESI SU IMPIANTI

I1) DIMA CHIRURGICA per IMPIANTI	150,00
I2) IMPIANTO OSTEOINTEGRATO (compresa scopertura e vite di guarigione)	1.000,00
I3) PRELIEVO DI OSSO AUTOLOGO	450,00

I4) INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE	450,00
I5) MEMBRANA	500,00
I6) PICCOLO RIALZO DI SENO (COMPENSIVO DI MATERIALI)	1.000,00
I7) GRANDE RIALZO DI SENO (COMPENSIVO DI MATERIALI)	1.500,00
I8) PILASTRO SU IMPIANTO (prefabbricato, fuso individuale, cad-cam)	600,00
I9) CORONA PROTESICA PROVVISORIA SU IMPIANTO AD ELEMENTO (compensivo di materiali prefabbricati)	300,00
I10) CORONA PROTESICA SU IMPIANTO (metallo ceramica, zirconia ceramica, ceramica pura, cad-cam, ...)	900,00
I11) PROTESI IBRIDA TIPO TORONTO BRIDGE (metallo resina) PER ARCATA	2.000,00
I12) SEDUTA DI MANUTENZIONE IMPLANTARE (ogni 6 mesi)	50,00

PROTESI FISSA

PF1) PROVVISORIO IN ACRILICO	80,00
PF2) PROVVISORIO ARMATO (per elemento)	150,00
PF3) CAPPETTA A PERNO FUSA PER OVERDENTURE	350,00
PF4) ATTACCO DI PRECISIONE PER OVERDENTURE	200,00
PF5) CORONE ED INTERMEDI (in metallo e resina o metallo fotocomposito)	500,00
PF6) CORONE ED INTERMEDI (in metallo ceramica o ceramica integrale)	700,00
PF7) CORONA FUSA in LEGA	450,00
PF8) CERATURA DIAGNOSTICA (limitatamente ai casi più complessi)	200,00
PF9) FACCETTE IN CERAMICA	500,00
PF10) FACCETTE in COMPOSITO	300,00

(con tecnica indiretta)	
PF11) FACCETTE in COMPOSITO	150,00
(con tecnica diretta)	
PF12) RIPARAZIONE FACCETTA	100,00
(resina/ceramica)	
PF13) PERNO MONCONE DIRETTO	200,00
PF14) PERNO MONCONE INDIRETTO	300,00
PF15) FACCETTA RITENTIVA METALLICA TIPO MARYLAND	200,00
(per elemento)	
PF16) ELEMENTO INTERMEDIO DI MARYLAND	300,00
(di resina per elemento)	
PF17) ELEMENTO INTERMEDIO DI MARYLAND	500,00
(di ceramica per elemento)	
PF18) PROTESI tipo TORONTO-BRIDGE	2.500,00
(avvitata esclusa l'implantologia)	
PF19) RIMOZIONE PROTESI FISSA	40,00
(per elemento)	
PF20) CAPPETTE METALLICHE PER PROTESI CONOMETRICHE	400,00

PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE (PMP)

PMP1) PROTESI SCHELETRATA o PARASCHELETRATA	1.300,00
(non comprensiva degli elementi dentari)	
PMP2) ELEMENTO in RESINA su SCHELETRATO	60,00
(cadauno)	
PMP3) ATTACCHI di PRECISIONE	200,00
(cadauno)	
PMP4) FRESAGGIO	100,00
(per elemento)	
PMP5) BARRA FRESATA	600,00
PMP6) RIPARAZIONE SEMPLICE di SCHELETRATO PREESISTENTE	(Imp. Limite) 100,00
(esclusa eventuale aggiunta di elementi dentari)	

PMP7) RIPARAZIONE SEMPLICE di SCHELETRATO PREESISTENTE (con saldature)	120,00
PMP8) RIPARAZIONE SEMPLICE di SCHELETRATO PREESISTENTE (con aggiunta di gancio a filo)	150,00
PMP9) RIPARAZIONE COMPLESSA di SCHELETRATO PREESISTENTE (Imp. Limite) (saldatura a gancio fuso)	250,00
PMP10) AGGIUNTA di ELEMENTI (per elemento)	60,00
PMP11) PROTESI PARZIALE PROVVISORIA RIMOVIBILE GANCI A FILO (1-4 elementi)	500,00
PMP12) PROTESI PARZIALE PROVVISORIA RIMOVIBILE GANCI A FILO (5 o più elementi)	700,00
PMP13) RIBASAMENTO DIRETTO (per arcata)	180,00
PMP14) RIBASAMENTO INDIRETTO (per arcata)	300,00

PROTESI MOBILE TOTALE (PMT)

PMT1) RIBASAMENTO DIRETTO PROTESI TOTALE (per arcata)	200,00
PMT2) RIBASAMENTO INDIRETTO PROTESI TOTALE (per arcata)	300,00
PMT3) PROTESI TOTALE PROVVISORIA	600,00
PMT4) PROTESI MOBILE TOTALE (con tecnica speciale (SKR) per arcata)	1.600,00
PMT5) RIPARAZIONE PROTESI (fratture)	80,00
PMT6) ATTACCO DI PRECISIONE PER OVERDENTURE (cadauno)	200,00

RADIOLOGIA

R1) ORTOPANTOMOGRRAFIA ARCADE DENTARIE	40,00
R2) TAC Dental Scan oppure TELERADIOGRAFIA (ad arcata)	100,00

CHIRURGIA ORO-MAXILLO FACCIALE

COF1) OPERAZIONE PER CISTI DEL MASCELLARE	800,00
COF2) ASPORTAZIONE DI CORPI ESTRANEI PROFONDI DI TESSUTI MOLLI, CAVITÀ ORALE E/O DELLA FACCIA	500,00
COF3) ASPORTAZIONE DI CORPI ESTRANEI SUPERFICIALI DI TESSUTI MOLLI, CAVITÀ ORALE E/O DELLA FACCIA	200,00

ORTODONZIA E DISORDINI CRANIO CERVICO MANDIBOLARI POST TRAUMATICI

OCCM1) TRATTAMENTO ORTODONTICO PRE-PROTESICO	(Imp. Limite)	500,00
OCCM2) TERAPIA GNATOLOGICA con fornitura di PLACCA di SVINCOLO	(a seconda della complessità ma complessiva dei controlli)	(Imp. Limite) 1.200,00
OCCM3) MOLAGGIO SELETTIVO	(non limitato a pochi elementi)	150,00
OCCM4) PLACCA DI PROTEZIONE O NIGHT GUARD (BYTE)		300,00
OCCM5) TRATTAMENTO ORTODONTICO FISSO A TRIMESTRE	(comprensivo di modelli, foto, studio cefalo - metrico ed igiene orale per arcata)	300,00
OCCM6) MANTENITORE DI SPAZIO		150,00

DICHIARAZIONE PER AFFIDAMENTO INCARICO DI CONSULENZA/COLLABORAZIONE PRESSO INAIL CON COMUNICAZIONE DATI DA PUBBLICARE AI SENSI DELL'ART. 15, CO. 1, LETT. C) DEL D.LGS. N. 33/2013

Il/La sottoscritto/a

.....

Partita IVA / Codice Fiscale

.....

Visto l'art. 53 del D.lgs. 165 del 2001 e successive modifiche;

Vista la Legge 6 novembre 2012, n. 190, in particolare l'articolo 1, commi 15 e segg.;

Visto il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in particolare l'articolo 15;

Visto il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in particolare l'art. 1, co. 2;

Visto il Codice di Comportamento INAIL - in particolare, l'art. 3, co. 2 - approvato con determinazione del Presidente n. 15 del 21 gennaio 2015.

DICHIARA

- di accettare e rispettare le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento dell'Istituto, pubblicato sul portale web e che espressamente dichiara di aver integralmente visionato;
- ☐ in relazione a quanto previsto dall'art. 15, co. 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013, di **non** avere incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione ovvero svolgere presso gli stessi attività professionali, nel periodo di vigenza del rapporto con l'INAIL;
☐ in relazione a quanto previsto dall'art. 15, co. 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013, di avere incarichi o essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione ovvero svolgere presso gli stessi attività professionali, nel periodo di vigenza del rapporto con l'INAIL, secondo quanto riportato nella tabella che segue:

Ente che ha conferito incarico/ carica/svolgimento attività professionale	Tipologia giuridica incarico/carica/ svolgimento attività professionale (Rapporto T.D.: Co.co.co; Libero Professionale, ecc.)	Oggetto incarico/carica/ svolgimento attività professionale	Periodo incarico/carica/ svolgimento attività professionale	Compenso lordo annuo percepito per lo svolgimento dell'incarico/carica/ svolgimento attività professionale	Tipologia attività professionale svolta

- che non sussistono situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi con le attività che svolgerà presso l'INAIL;
- che comunicherà immediatamente all'INAIL eventuali situazioni di conflitto di interessi sopravvenute o di cui abbia successivamente notizia.

Autorizza, a tal fine, l'INAIL a trattare, ai sensi della L. n. 196/2003, nonché a pubblicare, ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale.

La presente dichiarazione è resa ai sensi delle art 46 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

.....
(luogo) (data)

Il dichiarante

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

[COGNOME, Nome, e, se pertinente, altri nomi]

Indirizzo

[Numero civico, strada o piazza, codice postale, città, paese]

Telefono

Fax

E-mail

Nazionalità

Data di nascita

[Giorno, mese, anno]

ESPERIENZA LAVORATIVA

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun impiego pertinente ricoperto.]

• Nome e indirizzo del datore di lavoro

• Tipo di azienda o settore

• Tipo di impiego

• Principali mansioni e responsabilità

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

• Date (da – a)

[Iniziare con le informazioni più recenti ed elencare separatamente ciascun corso pertinente frequentato con successo.]

• Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

• Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

• Qualifica conseguita

• Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ARTISTICHE

Musica, scrittura, disegno ecc.

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Competenze non precedentemente indicate.

PATENTE O PATENTI

ULTERIORI INFORMAZIONI

ALLEGATI

PRIMA LINGUA

[Indicare la prima lingua]

ALTRE LINGUE

[Indicare la lingua]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Indicare il livello: eccellente, buono, elementare.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]

[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]

[Se del caso, enumerare gli allegati al CV.]

Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, autorizzo la pubblicazione nella sezione del sito istituzionale INAIL – Amministrazione trasparente dei miei dati personali e professionali riportati nel curriculum ovvero comunicati all'Amministrazione ai fini degli adempimenti di cui all'art. 15 del D.lgs. n. 33/2013.

Data _____

Firma _____