

---

**SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE  
EX ART. 8-QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992  
PROPOSTO ALLE STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE  
PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE  
IN STRUTTURE RESIDENZIALI E PSICORIABILITATIVE  
PER IL BIENNIO 2016- 2017**

**TRA**

- la **Regione Abruzzo**, C.F. e P.I. 80003170661, con sede con in L'Aquila, alla Via Leonardo da Vinci n.1, in persona del Commissario Ad Acta per la realizzazione del Piano di rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese nonché Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo;
- le **Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo** come sotto indicate:
  - Azienda Unità Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila con sede in L'Aquila, Via Saragat- Località Campo di Pile, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F. e P.I. 01792410662;
  - Azienda Unità Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via Martiri Lancianesi n.17/19, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F. e P.I. 02307130696;
  - Azienda Unità Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara, Via Renato Paolini n. 47, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F. e P.I. 01397530982;
  - Azienda Unità Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n. 1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F. e P.I. 00115590671;

**E**

- **L'ISTITUTO NEUROTRAUMATOLOGICO ITALIANO S.p.A.**, P.IVA 0109381003, con sede legale in Roma, alla Via Vittorio Emanuele Orlando n.83, in persona del *Sig. NADIA PROIETTI*, legale rappresentante pro-tempore, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto (*di seguito anche indicata come "Erogatore"*), in nome e per conto della Struttura **INI – DIVISIONE CANISTRO**, con sede operativa in Canistro (AQ), alla Località Cotardo;

**PREMESSO CHE**

1. L'Erogatore è autorizzato in via predefinitiva all'esercizio di prestazioni sanitarie in residenza sanitaria assistenziale e accreditato in via predefinitiva ad erogare dette prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale per n. p.l. 56;
2. che l'Erogatore eroga, in virtù dei titoli sopra indicati, l'attività di:
  - a) ...anziani non autosufficienti;
3. L'Erogatore esercita le prestazioni sanitarie per le quali è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento istituzionale, per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate.
4. Con D.C.A 48 /2016 del 23/05/2016 sono state approvate le "*Linee negoziali di regolamenta-*

---

*zione dei rapporti con gli erogatori privati provvisoriamente accreditati dell'area residenziale e psico-riabilitativa. Biennio 2016-2017".* Con nota del 25 luglio 2016, l'Erogatore ha trasmesso osservazioni in merito alla schema di accordo contrattuale proposto e particolarmente in ordine alle clausole meglio esplicitate nella richiamata nota

5. L'Azienda USL competente per territorio non ha trasmesso ulteriori osservazioni in merito alle clausole negoziali di immediata afferenza;
6. Con nota del 06/09/2016 l'Organo commissariale ha ritenuto di fornire alcuni chiarimenti, confermando per il restante le previsioni negoziali dandone comunicazione ai soggetti interessati.
7. La procedura di interlocuzione negoziale può ritenersi positivamente conclusa e nulla osta alla sottoscrizione del contratto tra Regione, Aziende USL e Erogatore;
8. Per le finalità del presente contratto, l'Erogatore oltre a produrre ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i. le necessarie dichiarazioni sostitutive di certificazione/ di atto di notorietà, di cui all'elenco allegato, con apposita e distinta dichiarazione acquisita agli atti dei competenti Uffici regionali ed allegata al presente accordo contrattuale, si impegna a mantenere e/o a conformarsi a quanto previsto dai Manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla D.G.R. n. 591/P/2008, s.m.i., anche ai fini della legittima ed effettiva remunerabilità delle prestazioni erogate.
9. Ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui all'Allegato 2A, che è parte integrante del presente accordo, l'Erogatore dichiara:
  - a) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti;
  - b) di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
  - c) che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67, D.Lgs., n. 159/2011 (c.d. codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale della Erogatore.
10. L'Erogatore si impegna a garantire l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna, altresì, a tenere a disposizione della Azienda USL competente e della Regione Abruzzo, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura. Sono fatti salvi i casi di caso fortuito e forza maggiore.
11. Le parti prendono, altresì, atto degli indirizzi in materia di remunerazione delle prestazioni formulati con nota n. prot. RA/244549/COMM del 29 settembre 2015 che è parte integrante del presente accordo contrattuale.

## **SI CONVIENE E SI STIPULA**

### **ARTICOLO 1 OGGETTO**

1. Per il biennio 2016-2017 il Servizio Sanitario Regionale, in forza del presente accordo contrattuale, acquista dall'Erogatore, nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Azienda USL di afferenza, le prestazioni di cui al rispettivo titolo di accreditamento pre-definitivo e meglio specificate nel piano delle prestazioni;
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo contrattuale:
  - a) l'erogatore assume l'obbligo di erogare le prestazioni indicate al primo comma del presente articolo alle condizioni contemplate nel successivo articolo 4 del presente accordo contrattuale, per tutta la durata del presente accordo e secondo i termini e le modalità in esso stabilite;
  - b) l'Azienda USL, nel cui ambito territoriale l'Erogatore è ubicata, assume l'obbligo di remunerarle entro i limiti e nei termini previsti dai successivi articoli 14, 15 e 16 in base alla vi-

---

gente normativa.

3. Le prestazioni sono erogate - in favore di pazienti residenti nel territorio della Regione Abruzzo - per il tramite dell'Erogatore sottoscrittore del presente accordo contrattuale, in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale, nei limiti del tetto massimo di spesa ad essa assegnato ed in ossequio al principio di libera scelta del paziente.

## **ARTICOLO 2**

### **DURATA**

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2017 e fatte espressamente salve eventuali modifiche e integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza della definizione di ulteriori indirizzi programmatori inerenti l'offerta residenziale e psichiatrica.

## **ARTICOLO 3**

### **VOLUME DI PRESTAZIONI EROGABILI E PREVISIONE DI SPESA**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'Erogatore si impegna ad erogare, per il biennio 2016-2017, le prestazioni sanitarie per le quali risulta autorizzato ed accreditato in via predefinitiva, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati, ed accetta, come corrispettivo massimo relativo a ciascun anno nel biennio 2016-2017, il tetto di spesa di € **1.147.215,44 (unmilionecentoquarantasettemiladuecentoquindici/44)** così come rideterminato ai sensi del successivo articolo, 14 comma 3, in conseguenza dei provvedimenti commissariali di seguito riportati: D.C.A. n. 105/2014, D.C.A. n.13/2015 e D.C.A. n.93/2016;
2. Qualora l'accordo contrattuale venga sottoscritto con strutture operanti su più sedi tale previsione è integrata, nelle more della costituzione dell'Azienda Unica Regionale, con la individuazione suddivisa per Azienda USL di afferenza del relativo tetto di spesa.
3. La produzione eccedente il tetto massimo di cui al primo comma non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. Sono considerate rese al di fuori del presente accordo contrattuale e si dichiarano, fin da ora, non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera dei posti letto accreditati.

## **ARTICOLO 4**

### **CONDIZIONI DI EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Costituiscono norme di carattere generale, in materia di condizioni di erogabilità delle prestazioni e come tali trovano applicazione nell'ambito del presente rapporto negoziale:
  - a) il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (LEA) e ss.mm.ii. e - laddove previsto - per i trattamenti di lungo-assistenza/mantenimento i decreti commissariali di introduzione/adequamento quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune;
  - b) il D.Lgs. 502/92, s.m.i., il D.P.R. 14 gennaio 1997 e la L.R. 31 luglio 2007 n. 32 e ss.mm.ii.;
  - c) le disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2014-2016 anche con riferimento alla revisione dei meccanismi di compartecipazione alla spesa sanitaria;
  - d) il D.Lgs. n. 81/2008 e ss. mm. ii.;
  - e) il D.Lgs. n. 81/2015 per quanto applicabile.

## **ARTICOLO 5**

### **CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLA SPESA PREVENTIVATA**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

---

- 
1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente accordo contrattuale e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni in residenza sanitaria assistenziale, le parti convengono che il tetto di spesa, di cui all'art. 4 del presente accordo, sia frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (*mensile*) non superiore al 30 % per le RSA del tetto mensile massimo, fermo restando quanto previsto all'art. 3, comma 3, dell'accordo contrattuale.
  2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'articolo 13 dell'accordo contrattuale non rientrano nel limite mensile del 30 % previsto al primo comma del presente articolo, e non possono essere remunerate o esigibili ai sensi dell'ultimo comma del successivo articolo 7 dell'accordo contrattuale.

## ARTICOLO 6

### MODALITÀ DI ACCESSO ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 marzo 2008 e ss.mm.ii., dal D.M. n. 350/1988 oltre che dalle disposizioni regionali in materia. A tal proposito medico di base e medico della struttura effettuano le predette attività in opportuna collaborazione tra loro. Ai sensi del P.S.R. 2008/2010 (L.R. n. 5/2008) l'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza dell'Erogatore di prestazioni in RSA è subordinato all'autorizzazione delle UVM secondo quanto previsto dall'art. 8 del Decreto Commissariale n. 107 del 30 dicembre 2013.
2. L'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza dell'Erogatore è subordinato all'autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio ed è regolato dalle disposizioni di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 30 dicembre 2013, recante "*Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali*", e s.m.i.. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore è tenuto a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta e la sua compilazione sul ricettario nel rispetto dei requisiti di cui al primo comma del presente articolo segnalando alla Azienda USL competente, per le necessarie valutazioni, ogni eventuale anomalia e/o irregolarità. La mancata segnalazione alla Azienda USL comporta la non remunerabilità della prestazione. L'Azienda USL è tenuta ad accertare la correttezza e la remunerabilità delle prescrizioni segnalate.
3. L'Erogatore è tenuto a rispettare gli adempimenti previsti dall'articolo 8 del decreto commissariale n. 107 del 30 dicembre 2013 relativo alla presa in carico del paziente.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti Nazionali e Regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la Erogatore si impegna a rispettare sino all'adozione dei provvedimenti concernenti la ricollocazione nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e socio-sanitaria (D.P.C.M. 29 novembre 2001) delle attività svolte dalle strutture extra ospedaliere a carattere residenziale.
5. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.

## ARTICOLO 7

### OBBLIGHI DELL' EROGATORE

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'Erogatore, per quanto attiene le prestazioni in residenza sanitaria assistenziale, si obbliga a

---

garantire, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii., l'invio telematico alla Azienda USL territorialmente competente, delle informazioni di seguito dettagliate:

- a) comunicazione dell'ammissione del Paziente presso la Erogatore, comprensiva di impegnativa della richiesta di prestazione da parte del medico prescrittore e dell'autorizzazione della UVM, entro 24 ore;
- b) comunicazione di dimissione e/o di dimissioni temporanee (ricovero in ospedale) del Paziente entro 24 ore;
- c) trasmissione mensile del prospetto giornaliero delle presenze a carico del S.S.N., distinto per tipologia di fascia e relativa tariffa (valore economico della prestazione così come riportato in fattura).

## **ARTICOLO 8**

### **ULTERIORI OBBLIGHI DELL' EROGATORE**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'Erogatore, oltre al rispetto degli obblighi di cui al precedente articolo 7 del presente accordo contrattuale si impegna:
  - a) ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "governo clinico" ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
  - b) a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle Aziende UUSSLL e dalla Regione Abruzzo;
  - c) a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
  - d) ad aderire al Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, secondo quanto verrà indicato dalla Regione, al fine di consentire la condivisione telematica delle agende di prenotazione e di monitoraggio delle prestazioni.
2. L'Erogatore ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs., 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii. in materia di trattamento e protezione dei dati personali:
  - a) tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
  - b) tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

## **ARTICOLO 9**

### **PERSONALE DELLA EROGATORE E REQUISITI DI COMPATIBILITÀ**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'Erogatore utilizza, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli articoli 1 e 3 del presente accordo contrattuale, il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. L'Erogatore garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti e che non versino in situazioni di cui al D.Lgs. n. 159/2011 e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui alla Legge n. 412/1992 e alla Legge n. 662/1996.
3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'avvio del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, Legge, 23 dicembre 1996, n. 662.
4. L'Erogatore si impegna a comunicare trimestralmente, all'Azienda USL di pertinenza oltre che al Servizio "Attività Ispettiva e Controllo Qualità" e per conoscenza anche al Servizio "Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" del Dipartimento Salute e Welfare, apposito elenco della propria dotazione organica controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante il codice fiscale di ogni singolo

---

dipendente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali successive variazioni. L'elenco di cui al paragrafo precedente deve essere validato dal personale del competente Dipartimento di Prevenzione ed essere comprensivo anche del personale operante con forme di contratto di lavoro flessibile e del personale operante in regime libero professionale per il quale l'Erogatore dovrà specificare, salvo gli ulteriori obblighi previsti in materia dal D.Lgs. n. 81/2015: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.

5. L'Erogatore si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dall'Erogatore nell'elenco di cui al quarto comma del presente articolo.

#### **ARTICOLO 10**

##### **OBBLIGHI INFORMATIVI DELL' EROGATORE**

1. L'Erogatore fornisce all'Azienda USL competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura elettronica di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale, il file di produzione relativo alle prestazioni sanitarie erogate.
2. Il file di produzione costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario Regionale nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli articoli 3 e 5 del presente accordo contrattuale. Per prestazioni erogate sono da intendersi le giornate di presenza maturate e le prestazioni erogate nel mese di riferimento.
3. Con ulteriori campi aggiuntivi al file di produzione, di cui al primo comma del presente articolo, l'Erogatore specifica per ogni prestazione:
  - a) il valore dell'importo fatturato;
  - b) il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
4. L'Erogatore si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed in particolare il flusso informativo FAR (Flusso Assistenza Residenziale) – in attuazione del D.M. 17 dicembre 2008 – nonché il modello ministeriale STS24.
5. L'Erogatore ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni.
6. L'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi tre mesi dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale.
7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui agli articoli 7 e 8 del presente accordo contrattuale.
8. Al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, l'Azienda USL competente verifica l'esatta attribuzione elettronica della prestazione e della tariffa corrispondente.

#### **ARTICOLO 11**

##### **CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E CONGRUITÀ**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo articolo 13, durante la vigenza del presente accordo, la Regione Abruzzo e l'Azienda USL potranno in qualunque momento verificare l'appropriatezza, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico e funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dai provvedimenti regionali.
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata, fatto salvo un incremento del campione

---

percentuale derivante da eventuali modifiche dei D.C.A. n. 19/2010, D.C.A. n. 43/2010 e D.C.A. n. 64/2012.

3. L'Azienda USL competente territorialmente verifica la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale secondo le modalità previste dall'articolo 14 del presente accordo contrattuale.
4. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei *Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.)*, secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali. È comunque in facoltà della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, di forme di cooperazione interistituzionale con i soggetti preposti ad attività di controllo e prevenzione per la tutela della salute.
5. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini del procedimento di verifica, di cui all'ottavo comma, fermo restando il termine previsto dall'art. 13, comma 3, del presente accordo contrattuale.
6. L'Erogatore si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
7. Il procedimento di verifica si svolge alla presenza di Rappresentanti dell'Erogatore e di esso è redatto apposito e dettagliato processo verbale nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 241/1990 s.m.i.. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla Azienda USL e per conoscenza al competente Servizio Ispettivo della Regione Abruzzo, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del predetto verbale. Entro dieci giorni dalla ricezione delle controdeduzioni formulate dall'Erogatore l'Azienda USL competente comunica all'Erogatore stessa l'esito definitivo della verifica assegnando un termine non superiore a dieci giorni per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali l'Azienda USL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'articolo 18 del presente accordo contrattuale.
8. Con successive linee guida regionali saranno adottate specifiche disposizioni per quanto concerne i procedimenti di verifica di particolare complessità.
9. L'esito della verifica deve indicare il valore in danaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime.

## **ARTICOLO 12 MODALITÀ DI FATTURAZIONE**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'Erogatore si adegua alla normativa in materia di fatturazione elettronica e trasmette, all'Azienda USL territorialmente competente e all'*Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo (A.S.R.)* la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli articoli 4 e 5 del presente accordo contrattuale.
2. La fattura è trasmessa all'Azienda USL territorialmente competente e all'*Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo (A.S.R.)* entro e non oltre il giorno quindici del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente.
4. Alla fattura, deve essere allegata la seguente documentazione:
  - a) documentazione relativa alla produzione di cui all'articolo 11 del presente accordo contrattuale;
  - b) eventuale ulteriore documentazione prevista dalla normativa in materia di fatturazione elettronica.
5. L'Azienda USL effettua presso i competenti enti previdenziali i necessari controlli relativi al DURC e in ogni caso non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non confor-

---

me alle previsioni del presente articolo.

### ARTICOLO 13 CONTROLLI SUL FATTURATO, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'art 12, avviene – ai sensi del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n.231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n.192 – entro sessanta giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'Azienda USL di competenza.
2. L'Azienda USL può effettuare acconti mensili pari all'85% della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 4 del presente accordo contrattuale non comprensivo dell'oscillabilità del 30 %, entro 30 (*trenta*) giorni dalla ricezione della fattura/nota contabile, e in misura anche minore all'85%, - in ragione di accertate persistenti carenze sotto il profilo dei requisiti organizzativi dell'Erogatore ed in misura proporzionale alla gravità delle carenze stesse, se compatibili con i requisiti di autorizzazione e accreditamento. Con successiva circolare i competenti Uffici regionali forniranno indirizzi operativi in materia.
3. In ogni caso, entro il termine di cui al primo comma, l'Azienda USL procede al saldo della fattura – positivo o negativo – sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto agli articoli 8 e 10 del presente accordo contrattuale, l'Azienda USL, ove sussista decurtazione da parte del competente Nucleo Operativo di Controllo, richiede all'Erogatore apposita nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre sessanta giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce, nonché la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione. La nota di credito verrà decurtata sulla liquidazione immediatamente successiva alla data di ricezione della stessa.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, se reiterata, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida da parte della Regione Abruzzo ai sensi dell'articolo 18 del presente accordo contrattuale. Costituisce altresì grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo contrattuale previa formale diffida ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale, la mancata emissione reiterata di nota di credito a storno totale dell'eventuale eccedenza di produzione rispetto al budget assegnato di cui all'art.3 del presente accordo contrattuale.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente, in acconto all'Erogatore ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, l'Azienda USL procede a compensazione con i crediti non ancora pagati, delle mensilità relative al bimestre successivo, in costanza di rapporto. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del Servizio Sanitario Regionale, che hanno positivamente superato i controlli di cui ai commi precedenti, nonché di quelli di cui all'art. 11 del presente accordo contrattuale e debitamente certificata dall'Azienda USL, non costituendo il solo fatturato, *ex se*, pretesa di corrispettivo.
7. L'Azienda USL, anche in ottemperanza a quanto previsto da apposite circolari regionali in materia, sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente accordo contrattuale, dandone tempestiva comunicazione entro e non oltre quindici giorni dalla verifica documentata di oggettive condizioni ostative alla liquidazione, al “*Servizio Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale*” e al “*Servizio Ispettivo*” del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
8. È fatta salva la ripetizione in favore dell'Azienda USL delle somme che, sulla base dei control-



---

li effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dall'Erogatore in forza del presente accordo contrattuale, risultino non dovute totalmente o in parte.

9. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura/nota contabile.

## ARTICOLO 14

### TARIFFE

*(Clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Le prestazioni di cui al presente accordo contrattuale sono remunerate secondo il setting assistenziale per il quale sono eleggibili gli assistiti, in conformità alle apposite valutazioni rilasciate dalle U.V.M. competenti per territorio, avendo a parametro le tariffe di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 661/2002, così come modificate dai Decreti del Commissario ad acta n. 105/2014, 13/2015 e 93/2016, e ferme restando le previsioni contenute nel Patto della Salute 2014/2016.
2. Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni in residenza sanitaria assistenziale, il volume massimo di prestazioni remunerate potrà essere rideterminato, in ogni caso compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. c-bis, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii..
3. Le parti si danno reciprocamente atto che le disposizioni di cui al comma precedente trovano applicazione per quanto concerne la liquidazione della c.d. quota della tariffa a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre per quanto attiene alla quota c.d. sociale posta per le prestazioni di lungo- assistenza/ mantenimento a carico dell'utente/Comune, si fa riferimento oltre che ai provvedimenti giuntali sopra richiamati, alle più recenti fonti regolamentari di carattere regionale in materia di compartecipazione. A tal fine, il competente "Servizio Programmazione Socio-Sanitaria" del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo trasmette, con cadenza periodica almeno semestrale, un apposito elenco aggiornato delle strutture provvisoriamente ovvero definitivamente accreditate per l'area residenziale al Servizio "Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo e ai Comuni.
4. I corrispettivi contrattuali dovuti all'erogatore dalla Azienda USL, in forza del presente accordo contrattuale, sono quelli stabiliti dalle tariffe di cui alle D.G.R. n. 661/2002 (RSA), così come modificate con D.C.A. n. 105/2014, a loro volta integrati e rettificati con D.C.A. n. 13/2015, D.C.A. n. 93/2016.
5. La quota a carico del Servizio Sanitario Regionale stabilita a termini dei provvedimenti richiamati nel precedente comma 4 è così quantificata: RSA standard I fascia € 77,30 di cui € 38,65 a carico della Aziende USL; RSA standard II fascia € 87,86 di cui € 62,03 a carico della Aziende USL).
6. In nessun caso, nella fatturazione di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale, la c.d. quota sociale può essere considerata sovrapponibile alla quota alberghiera.
7. La "quota alberghiera" si intende dovuta direttamente dall'assistito solo a fronte di effettivi servizi aggiuntivi, rispetto a quanto previsto dalla diaria giornaliera, dall'Erogatore.
8. Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale di anziani non autosufficienti e disabili, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto alla Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi quindici giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente.

## ARTICOLO 15

### CESSIONE DEI CREDITI

---

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'Erogatore ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale all'Azienda USL competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa, nel termine di trenta giorni dalla avvenuta ricezione – avvenuta a seguito di raccomandata con avviso di ricevimento (*o trasmissione mediante posta elettronica certificata*) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale e attestata dalla acquisizione del relativo atto di notifica al protocollo – da parte della Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi degli articoli 13 e 14 del presente accordo contrattuale.
3. L'accettazione espressa da parte della Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo di cui al secondo comma è comunicata mediante raccomandata con avviso di ricevimento (*o trasmissione mediante posta elettronica certificata*) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale. Analoga modalità di comunicazione è prevista per il diniego espresso.
4. L'Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo possono opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente accordo contrattuale.
5. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi al presente accordo contrattuale.
6. In conseguenza di quanto sopra, la Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
7. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo e, in conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai precedenti commi del presente articolo.

**ARTICOLO 16**

**INCEDIBILITÀ DELL'ACCORDO CONTRATTUALE**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Il presente accordo contrattuale è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale.

**ARTICOLO 17**

**RISOLUZIONE DELL'ACCORDO CONTRATTUALE**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'accordo contrattuale e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione *ipso iure* del presente accordo contrattuale:
  - a) l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
  - b) l'impedimento ai controlli di cui agli articoli 12 e 13 del presente accordo contrattuale;
  - c) la reiterata inottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10 del presente accordo contrattuale;
  - d) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 15 del presente accordo contrattuale in materia di cessione dei crediti;
  - e) la cessione del presente accordo contrattuale in violazione di quanto espressamente previsto dall'articolo 16; l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;

- 
- f) l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e all'articolo 8 del presente accordo contrattuale;
  - g) la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
  - h) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 6 del presente accordo contrattuale;
  - i) il diniego definitivo e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori;
  - j) l'inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
  - k) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;
  - l) l'impedimento al controllo esercitato dalla Azienda USL di pertinenza e dalla Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 11 del presente accordo contrattuale;
  - m) la reiterata contestazione delle risultanze delle verifiche fatte dalla Azienda USL, sia attraverso i N.O.C., sia con altri mezzi;
  - n) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.
2. La sospensione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori determina l'automatica sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico. In considerazione della gravità delle fattispecie di cui sopra - avuto riguardo alla reiterata violazione di uno o più obblighi dedotti ai sensi del presente accordo contrattuale, la Regione Abruzzo - con provvedimento motivato ed anche in assenza di tempestiva adozione da parte dei Servizi regionali competenti di provvedimenti inerenti - procede con la sospensione ovvero la revoca dell'accreditamento, riservandosi di non ammettere l'Erogatore alla successiva tornata negoziale.
  3. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al primo comma la Regione Abruzzo e/o l'Azienda USL di competenza ne fanno contestazione in forma scritta all'Erogatore mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata), concedendo a quest'ultimo il termine di quindici giorni per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. Trascorso tale termine, la Regione Abruzzo può procedere alla risoluzione del contratto di diritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c..
  4. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.Lgs., 6 settembre 2011, n. 159 (c.d. codice antimafia), il contratto è risolto *ipso iure* senza concessione di termini per dedurre.
  5. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.
  6. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non ricoverare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente indicate dalla Azienda USL competente.

**ARTICOLO 18**  
**RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE**  
**DELL'ACCORDO CONTRATTUALE**

1. L'Azienda USL provvede ad individuare il responsabile della esecuzione del presente accordo contrattuale, secondo il proprio assetto organizzativo interno e ne fornisce comunicazione alla Regione Abruzzo.

**ARTICOLO 19**  
**CONTROVERSIE**

---

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo, ovvero il concorrente foro di ~~L'Aquila~~..... (luogo ove è ubicato l'Erogatore).

**ARTICOLO 20**

**CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA**

*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. Con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto del medesimo, nonché quello di ogni altro atto allo stesso collegato o presupposto.
2. In considerazione dell'accettazione espressa delle clausole rubricate nel corpo ed in calce al presente accordo contrattuale, l'Erogatore rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese in merito, ovvero ai contenziosi comunque attivabili in relazione al contenuto dispositivo delle predette clausole che, una volta espressamente sottoscritte, si danno per accettate da tutte le parti al presente contratto senza riserve.
3. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipulazione del presente accordo contrattuale, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.
4. Ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, D.Lgs., n. 502/1992, in caso di mancata stipulazione del presente accordo contrattuale, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8-*quater*, D.Lgs. n. 502/1992 della Struttura è sospeso.

**ARTICOLO 21**

**NORMA DI RINVIO**

1. Per quanto non previsto nel presente accordo contrattuale trovano applicazione le disposizioni europee e nazionali in materia di appalti e concessioni di servizi, le norme finanziarie contabili e fiscali di carattere nazionale ad oggi vigenti e – per quanto compatibili – le ulteriori disposizioni regionali.

**ARTICOLO 22**

**REGISTRAZIONE**

1. Il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione, a cura della parte che ne abbia interesse.

**ARTICOLO 23**

**ELEZIONE DI DOMICILIO**

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo contrattuale presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.
2. L'erogatore elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [ini@pec.gruppoini.it](mailto:ini@pec.gruppoini.it)
3. L'Azienda USL 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [protocollo.generale@pec.asl1abruzzo.it](mailto:protocollo.generale@pec.asl1abruzzo.it);
4. L'Azienda USL 2 – Lanciano, Vasto, Chieti elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [direzione.generale@pec.asl2abruzzo.it](mailto:direzione.generale@pec.asl2abruzzo.it)



- 
5. L'Azienda USL 3 – Pescara elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [aslpescara@postecert.it](mailto:aslpescara@postecert.it)
  6. L'Azienda USL 4 – Teramo elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [aslteramo@raccomandata.eu](mailto:aslteramo@raccomandata.eu)
  7. La Regione Abruzzo elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [dpf006@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf006@pec.regione.abruzzo.it)

Letto, approvato e sottoscritto

Per la **Regione Abruzzo**

\_\_\_\_\_

Per le **Aziende Unità Sanitarie Locali** di:

- Avezzano, Sulmona, L'Aquila
- Lanciano, Vasto, Chieti
- Pescara
- Teramo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per l'**Erogatore**

\_\_\_\_\_

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli articoli 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10,11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, e 20 del presente accordo contrattuale.

Per l'**Erogatore**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO**

**a) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:**

**a1) per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese:** certificazione di iscrizione alla Camera di Commercio riportante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali – ai sensi e nel rispetto dell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 – deve essere eventualmente acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del D.Lgs. 159/2011;

**a2) per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese:** Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit; certificazione di iscrizione al R.E.A.;

**a3) per gli specialisti che esercitano l'attività in forma individuale:** certificazione di iscrizione all'Ordine dei medici;

**b) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI DIVIETO, DECADENZA O SOSPENSIONE PREVISTI DALL'ART. 67 DELLA NORMATIVA ANTIMAFIA**

**b1) per gli enti non iscritti al Registro delle Imprese** (Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;

**b2) per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:** la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1 e 2, può essere contenuta nella dichiarazione sostitutiva di iscrizione alla Camera di Commercio;

**c) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RELATIVA AI DATI DEI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI DI MAGGIORE ETÀ**

per i soggetti iscritti al registro delle Imprese i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n. 218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi di maggiore età;

**d) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'OTTEMPERANZA AGLI OBBLIGHI INFORMATIVI IN MATERIA DI DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI**, secondo le modalità di cui all'art. 9 L.12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, rilasciata dal legale rappresentante dell'Erogatore;

- 
- e) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO E DEI CARICHI PENDENTI** dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.
- f) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01**, come attualmente contemplato dal D.P.R. n.313/2002, che attesti l'inesistenza di sanzioni e misure cautelari comminate nei confronti della Società, tali da impedire di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni;
- g) **ATTESTAZIONE DA PARTE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE GESTORE** della previsione nello statuto societario dell'obbligo di autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'inesistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n.412/1991;
- h) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INESISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITÀ** ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991 del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione.

**Modello – dichiarazione ottemperanza in materia di diritto al lavoro dei disabili**

\_\_ l a sottoscritta (nome e cognome) Nadia Proietti

nata a Cerreto Laziale Prov. RM il 01/10/2015 residente

a Roma via/piazza Via del Colosseo n. 31

in qualità di legale rappresentante della società I.N.I. S.P.A. divisione Canistro

con sede a Canistro (AQ) sede legale Via Vittorio Emanuele Orlando n. 83 - Roma

in via Località Cotardo

codice fiscale 01618340580

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

che la scrivente azienda ha ottemperato agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 Legge 12 marzo 1999, n.68, come modificato dall'art.40 del D.L. 25 giugno 2008, n.112, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2008, n.133.

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

09/09/2016

data

Nadia Proietti

firma leggibile del dichiarante



**Modello – dichiarazione dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'Art.4  
comma 7 L.n. 412/1991**

**ALLEGATO "B"**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ PROIETTI NADIA \_\_\_\_\_

nata a CERRETO LAZIALE (RM) il 01/10/1945 Residente a ROMA \_\_\_\_\_

Via DEL COLOSSEO \_\_\_\_\_ N. 31 \_\_\_\_\_ CAP 00184 \_\_\_\_\_

in qualità di socio in possesso di quote o azioni

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità quanto segue, ai sensi e per gli effetti della normativa  
vigente e in particolare dell'art.4, comma 7 della legge 30 dicembre 1991, n.412:

- ha altri rapporti di lavoro dipendente, pubblico o privato con il SSN  
 non ha

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:

- \_\_\_\_\_
- ha altri rapporti di lavoro, anche di natura convenzionale con il SSN  
 non ha

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:

- \_\_\_\_\_
- ha l'esercizio di altre attività o titolarità o la compartecipazione delle quote di imprese  
 non ha che possono configurare conflitto di interessi con la stessa

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:

\_\_\_\_\_

data

Nadia Proietti

firma leggibile del dichiarante

**Modello – dichiarazione dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'Art.4  
comma 7 L.n. 412/1991**

**ALLEGATO "B"**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ FARONI CRISTOPHER SIMONE LUCANO \_\_\_\_\_  
nata a \_ROMA (RM)\_\_\_\_\_ il \_11/12/1971\_\_\_ Residente a \_ROMA\_\_\_\_\_  
Viale \_PARIOLI\_\_\_\_\_ N. \_166\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_00197\_\_\_\_\_

in qualità di socio in possesso di quote o azioni

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità quanto segue, ai sensi e per gli effetti della normativa  
vigente e in particolare dell'art.4, comma 7 della legge 30 dicembre 1991, n.412:

- ha altri rapporti di lavoro dipendente, pubblico o privato con il SSN  
 non ha

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:

- \_\_\_\_\_
- ha altri rapporti di lavoro, anche di natura convenzionale con il SSN  
 non ha

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:

- \_\_\_\_\_
- ha l'esercizio di altre attività o titolarità o la compartecipazione delle quote di imprese  
 non ha che possono configurare conflitto di interessi con la stessa

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_09/09/2016\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
firma leggibile del dichiarante

**Modello – dichiarazione dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'Art.4  
comma 7 L.n. 412/1991**

**ALLEGATO "B"**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_ FARONI JESSICA VERONICA \_\_\_\_\_  
nata a LONDRA \_\_\_\_\_ il 04/04/1970 \_\_\_\_\_ Residente a ROMA \_\_\_\_\_  
Via DEL COLOSSEO \_\_\_\_\_ N. 31 \_\_\_\_\_ CAP 00184 \_\_\_\_\_

in qualità di socio in possesso di quote o azioni

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità quanto segue, ai sensi e per gli effetti della normativa  
vigente e in particolare dell'art.4, comma 7 della legge 30 dicembre 1991, n.412:

- ha \_\_\_\_\_ altri rapporti di lavoro dipendente, pubblico o privato con il SSN  
 non ha

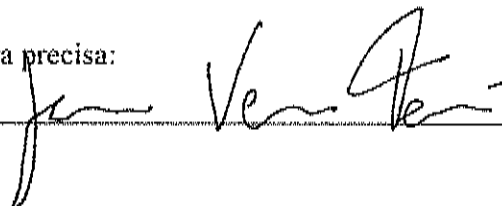
in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:  
\_\_\_\_\_

- ha \_\_\_\_\_ altri rapporti di lavoro, anche di natura convenzionale con il SSN  
 non ha

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:  
\_\_\_\_\_

- ha \_\_\_\_\_ l'esercizio di altre attività o titolarità o la compartecipazione delle quote di imprese  
 non ha \_\_\_\_\_ che possono configurare conflitto di interessi con la stessa

in caso positivo specificare quale o quali in maniera precisa:  
\_\_\_\_\_



09/09/2016

data

\_\_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante

Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) DELFO FARONI  
nato a TIVOLI Prov. RM il 8/8/1920 residente  
a ROMA via/piazza DEL COLOSSEO n. 31  
in qualità di PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMM.NE  
della società IANI SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

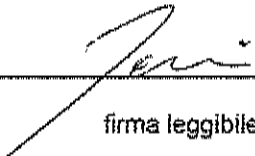
ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

NANIA PROIETTI NATA A CERRETO LAZIALE (RM) IL 01/10/1945

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

9/9/2016  
data

  
firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.:** Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.



**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) NADIA PROIETTI  
nato a CERRETO LAZIALE Prov. RM il 01/10/1945 residente  
a ROMA via/piazza DEL COLOSSEO n. 31  
in qualità di AMM. RE DELEGATO  
della società IALL SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

DELFO FARONI NATO A TIVOLI (RM) IL 8/8/1920

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

09/09/2016  
data

Nadia Proietti

firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.:** Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.

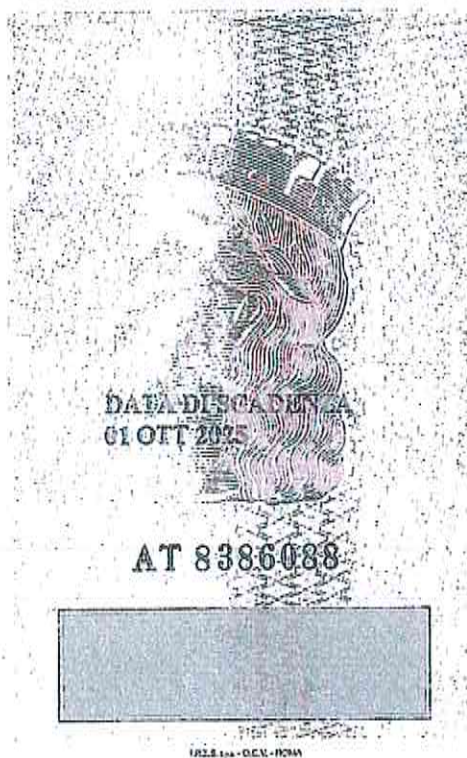
Cognome PROBETTI  
 Nome NADIA  
 nato il 04/10/1945  
 (atto n. 60016 P. 1 S. 403)  
 a. CERRETO LAZIALE (RM)  
 Cittadinanza ITALIANA  
 Residenza ROMA  
 Via VIA DEL COLOSSEO N. 21 ENG  
 Stato civile C. TA PARONI  
 Professione .....

**CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**  
 Statura 1,67  
 Capelli Castani  
 Occhi Castani  
 Segni particolari .....



Firma del titolare Nadia Probbetti  
ROMA il 11 NOV 2014

Impronta del dito indice sinistro  
 IL SINDACO  
 DIREZIONE AMMINISTRATIVA  
 Donatella FACAGNI  
Donatella Facagni





Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) CRISTOPHER SIMONE LUCAO FARONI  
nato a ROMA Prov. \_\_\_\_\_ il 11-12-1977 residente  
a ROMA via/piazza V.LE PARIOLI n. 166  
in qualità di CONSIGLIERE DI AMM.NE  
della società I.N.I. SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

MARIANNA COGNALE NATA A LANCIANO (CH) IL 29/9/1984

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

09/09/2016  
data

\_\_\_\_\_  
firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.:** Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

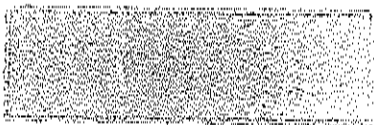
In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.



DATA DI SCADENZA  
11 DIC 2022

AS 7933029



SPES PER LE STAMPANTI

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
ROMA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AS 7933029

DI

FARONI  
CRISTOPHER SIMONE LUCANO

FARONI  
CRISTOPHER SIMONE LUCANO  
N. 11/12/1971  
AS 793302998 71 3111  
ROMA  
ITALIANA  
ROMA  
VIA PARIOLI 166  
STATO LIBERO  
=====

CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

Classe I, 82  
Castani  
Castani  
=====



Firma del titolare

ROMA il 02 MAR 2012

Il primo del dolo



**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Io sottoscritto (nome e cognome) JESSICA VERONICA FARONI  
nato a LOMBRA (GR) Prov. \_\_\_\_\_ il 4-4-1970 residente  
a ROMA via/piazza DEL COLOSSEO n. 31  
in qualità di PROCURATORE  
della società IMI SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

09/09/2016  
data

Jessica Veroni  
firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.: Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).**

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

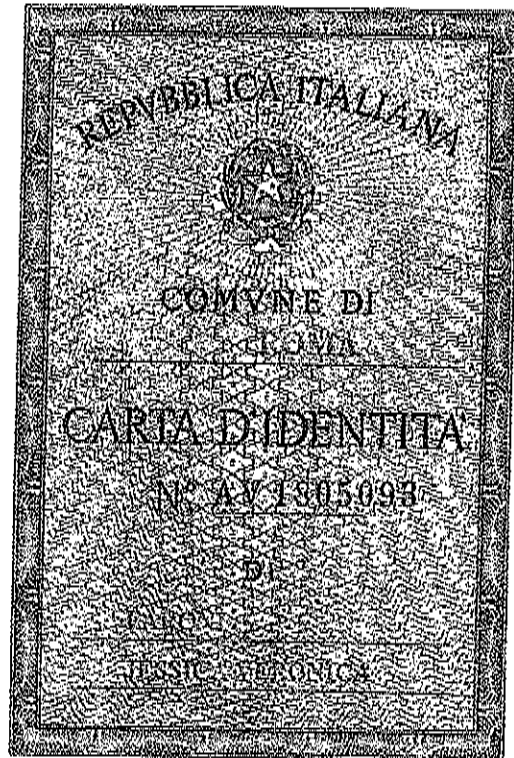
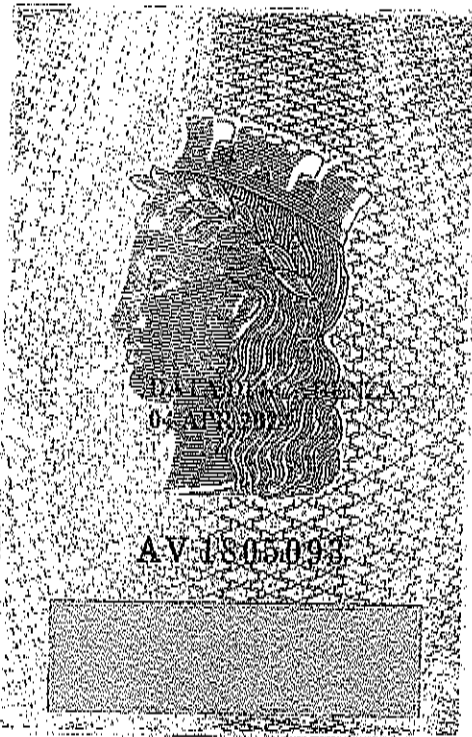
(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.

Cognome.....**TARONI**.....  
 Nome.....**JESSICA VERONICA**.....  
 nato il.....**04/04/1970**.....  
 (atto n.....**00222**.....**2**.....s.....**BB7**.....)  
 a.....**LONDRA (GE)**.....  
 Cittadinanza.....**ITALIANA**.....  
 Residenza.....**ROMA**.....  
 Via.....**VIA DEL COLOSSEO N.31 SC.UN.IN.7**.....  
 Stato civile.....**---**.....  
 Professione.....**MEDICO**.....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura.....**1,70**.....  
 Capelli.....**Castani**.....  
 Occhi.....**Castani**.....  
 Segni particolari.....**---**.....



Firma del titolare.....*[Signature]*.....  
**ROMA**.....**26 NOV. 2013**  
 Impresa del dito  
 indice sinistra.....**Barini Patrizia**.....





Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritt (nome e cognome) LIONELLO BARTOLOMEI  
nato a GIARRAJANA Prov. RG il 07/07/1961, residente  
a ROMA via/piazza S. DE SAINT BON n. 18  
in qualità di PRESDENTE DEL COLLEGIO SINDACALE  
della società I.N.I. S.P.A.

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma 9/9/15  
data

Lionello Bartolomei  
firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.: Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).**

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.

Cognome **BARTOLOMEI**  
 Nome **LIONELLO**  
 Nato il **07/07/1944**  
 nato il **00046** **1** **A**  
 (atto n. **GIARRATANA RG** S. ....)  
 a .....  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
**ROMA**  
 Residenza **VIA SIMONE DE SAINT BONIS**  
 Via.....  
 Stato civile **DOTTORE COMM. STA**  
 Professione.....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
**1,77**  
 Statura **Brizzolati**  
 Capelli **Celesti**  
 Occhi.....  
 Segni particolari.....



Firma del titolare *Lionello Bartolomei*  
**ROMA** **22 NOV 2007**  
 Impresina del dito indice sinistro  
 IL SINDACO




DATA DI SCADENZA  
**22 NOV 2012**  
 Validità prorogata ai sensi dell'art. 31 del  
 D.L. 35/6/2008 n. 112 fino al **22/11/2017**  
 Roma, 22/11/2012  
**AO5746485**  
 IPZS S.p.A. - OFFICINA CV - ROMA



REPUBBLICA ITALIANA  
  
 COMUNE DI  
**ROMA**  
**CARTA D'IDENTITA'**  
**N° AO5746485**  
 DI  
**BARTOLOMEI**  
**LIONELLO**

**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritt (nome e cognome) GABRIELE PENITENTI  
nato a BIGARELLO Prov. MA il 14.12.1966 residente  
a ROMA via/piazza OMBONE n. 12  
in qualità di SINDACO  
della società LCI SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità


**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs. 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

MANFONI CARLA NATA A ROMA IL 30/11/47  
E RESIDENTE IN ROMA V. OMBONE 12  
PENITENTI MICHELA NATA A ROMA IL 24/6/78  
E RESIDENTE IN ROMA V. OMBONE 12

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

9/9/16  
data

  
firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.: Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).**

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

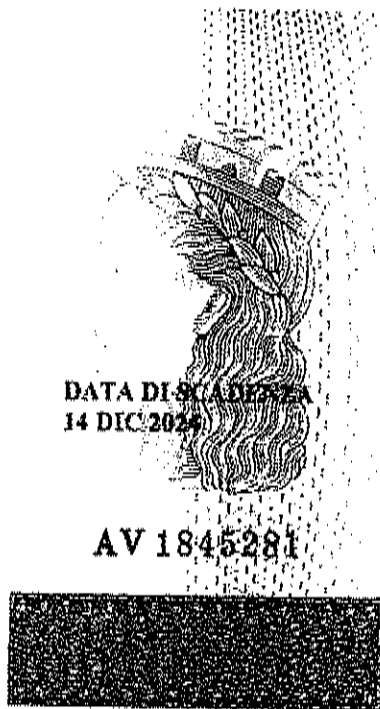
(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.



Cognome **PENITENTI**  
 Nome **GABRIELE**  
 nato il **14/12/1946**  
 (atto n. **00060** - P. I. **1** - S. **1**)  
 di **BIGARELLO (MN)**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **ROMA**  
 Via **VIA OMBRONE N.12 SC.A FN.9**  
 Stato civile **-----**  
 Professione **-----**  
**CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI**  
 Statura **1,70**  
 Capelli **Brizzolati**  
 Occhi **Castani**  
 Segni particolari **-----**

  
 Firma del titolare *Morestev*  
**ROMA** il **24 FEB 2014**  
 IL SINDACO  
**ZOREDANA MICCETELLI**  
 Istruttore Amministrativo  





**REPUBBLICA ITALIANA**  
**COMUNE DI**  
**ROMA**  
**CARTA D'IDENTITA'**  
**N° AV 1845281**  
 Di  
**PENITENTI**  
**GABRIELE**

**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) ALESSANDRO COPPOLA  
nato a ROMA Prov. RM il 03/05/1982 residente  
a COSTA TERZATE via DELLA CIPRIANA n. 17  
in qualità di SINDACO EFFETTIVO  
della società INI SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 76 e 79 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**


ai sensi dell'art. 83, comma 3 del D.Lgs. 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età

LIVIA TOTI LONZARDOTTI  
GIULIA COPPOLA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

09/09/2016

data



firma leggibile del dichiarante (\*)

**N.B.:** Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n. 445/2000).

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce in tutti gli effetti le comuni certificazioni richieste a distanza ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblica uti e di privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, la sottoscrizione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori





**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) CRISTINA CAMPOLISI  
nata a ROMA Prov. RM il 11/04/1969 residente  
a ROMA via/piazza CAMPO CATINO n. 27  
in qualità di SINDACO SUPPLEMENTE  
della società INI SPA

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

FUMANTI GUSTAVO NATO A ROMA IL 29/11/1966  
C.F. FMNGTV66S29H50LG

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

09/07/2010  
data

Cristina Campolisi

firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.: Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).**

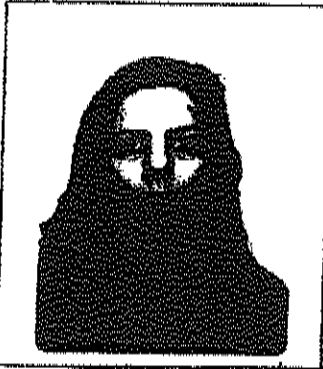
La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.

Cognome ..... CAMPOLUGGI  
 Nome ..... CRISTINA  
 nato il ..... 11/04/1969  
 (atto n. 01580 1 s. All.)  
 a ..... ROMA ..... )  
 Cittadinanza ..... ITALIANA  
 Residenza ..... ROMA  
 Via ..... VIA CAMPO CATINO 27  
 Stato civile ..... CGTA... FUMANTI  
 Professione ..... ====  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura ..... 1,65  
 Capelli ..... Biondi  
 Occhi ..... Azzurri  
 Segni particolari ..... ====  
 .....  
 .....



Firma del titolare *Cristina Campoluggi*

**ROMA** 28 DIC 2005  
 IL SINDACO  
*Roberto Pace*

Impresa del dito  
 nome ministro

ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO  
*Paola LAZZARO*



DATA DI SCADENZA  
 29 DIC 2010


Validità prorogata ai sensi dell'art. 31 del  
 D.L. 28/5/2008 n. 112 del 28/12/2016  
 Roma, 30/11/2011 p. il sindaco

**AM7768807**

[Redacted Area]

IME S. ORSOLA DI ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
 ROMA

**CARTA D'IDENTITÀ**

N° **AM7768807**

DI  
 CAMPOLUGGI  
 CRISTINA FUMANTI

**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) STEFANO VIGNOLO  
nato a ROMA Prov. RM il 4-10-1962 residente  
a ROMA via/piazza OSTRIANA n. 12  
In qualità di SINDACO SUPPLEMENTE  
della società I.N.I. SPA A SOCIO UNICO

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 83, comma 3 del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

MOGLIE: VITTORIA LUCIANI  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

9-9-2016 data  
Soh Vignolo firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.:** Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

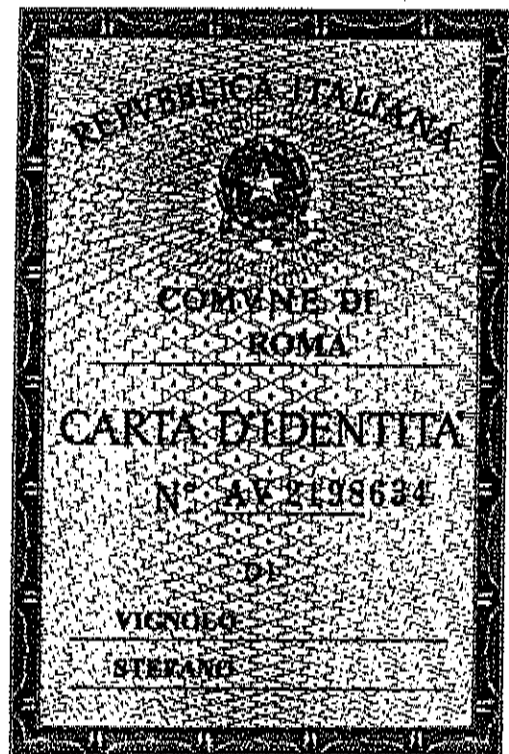
In caso di dichiarazione falsa il cittadino sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(\*) Ove il richiedente è una società, l'autocertificazione dovrà essere prodotta dal rappresentante legale e da tutti gli amministratori.

Cognome **VIGNOLO**  
 Nome **STEFANO**  
 nato il **04/10/1962**  
 (atto n. **03110** l. s. **A14**)  
 a **ROMA**  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **ROMA**  
 Via **VIA OSTRIANA N.12 PL.2 IN.5**  
 Stato civile **CONIUGATO**  
 Professione **.....**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **1.70**  
 Capelli **Castani**  
 Occhi **Castani**  
 Segni particolari **.....**

  
 Firma del titolare *Stefano Vignolo*  
**ROMA** **01 APR 2014**  
 Il SINDACO  
**F.A. Irma Pellicchia**  





DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI  
COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA

(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di  
documentazione amministrativa n. 445/2000)

Il/La sottoscritt/a

NADIA PROIETTI

nat/a

CERRETO LAZIALE (RM)

01/10/1945

residente a

ROMA

via

DEL COLOSSEO 31

nella sua qualità di

AMM. RE DELEGATO

dell'Impresa

INI SPA

DICHIARA

che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di

ROMA

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

353201

Denominazione:

ISTITUTO NEUROTRAUMATOLOGICO ITALIANO (I.N.I.)

Forma giuridica:

S.P.A.

Sede:

ROMA - VIA VITTORIO EMANUELE ORLANDO n. 83

Codice Fiscale:

01618340580

Data di costituzione:

28/03/1972

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

3

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi:

3

Numero sindaci supplenti

2

## OGGETTO SOCIALE

GESTIONE DI CASE DI SOGGIORNO E DI RIPOSO, DI CLINICHE MONO E PLURISPECIALISTICHE CON ANNESSI AMBULATORI PLURISPECIALISTICI, DI CENTRI PER LA RIABILITAZIONE E LA RIEDUCAZIONE MOTORIA, LA GESTIONE DI STRUTTURE FINALIZZATE A COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI, L'EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIALI DI CONSULENZA, ASSISTENZA SOCIALE E SIMILI SVOLTI A FAREE DI ANZIANI E DISABILI, PRESSO IL LORO DOMICILIO O ALTROVE, VISITA E SUPPORTO ALLE ATTIVITA' QUOTIDIANE PER ANZIANI E ADULTI DISABILI; L'EROGAZIONE DI ATTIVITA' DI ASSISTENZA DIURNA PER MINORI DISABILI;

## TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA
FARONI	DELFO	TIVOLI 8/8/1920	PRESID. CdA
PROIETTI	NADIA	CERRETO LAZIALE(RM) 1/10/1945	AMM. RE DEL.
FARONI	CHRISTOPHER S.L.	ROMA 11/12/1971	CONSIGLIERE d. AMM. NE
FARONI	JESSICA VERONICA	LONDRA(GB) 4/4/1970	PROCURATORE (DIRETTORE GENERALE)

## DIRETTORI TECNICI (OVE PREVISTI)

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA
/			

## SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	CARICA
PROIETTI	NADIA	CORRETO LAZIALE (RM) 1/10/1945	SOCIO FLER SRL (34%)
FARONI	CHRISTOPHER S.L.	ROMA 11/12/1971	AMM. RE UNICO FLER SRL (33%)
FARONI	JESSICA VERONICA	LONDRA (GB) 4/4/1970	SOCIO FLER SRL (33%)

LA SOCIETÀ FLER SRL È UNA HOLDING DI PARTECIPAZIONI CHE CONTROLLA DIRETTAMENTE ED INDIRETTAMENTE ATRAVVERSO PARTECIPAZIONI TOTALITATIVE LA INI SPA.

### SEDI SECONDARIE E UNITA' LOCALI

ROMA, VIA V.E. ORLANDO n° 83 (Sede legale)
ROMA, VIA DEI CASTANI 185 (Unità locale)
GRETAFERRATA (RM), VIA S. ANNA S.N.CIV. (Sede Secondaria)
TIVOLI (RM), PLE S. GIOVANNI DI DIO (Unità locale)
GUIDONIA MONTECORNO (RM), VIA ROMA n° 298 (Unità locale)
CANISTRO (AQ), LOCALITÀ COSTARDO S.N.CIV. (Unità locale)

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

ROMA, il 09/09/2016.

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE  
Nadia Proietti

Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento del/della dichiarante, qualora il presente atto non venga sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ritiro (art. 38 del DPR n.445/2000).

Variazioni degli organi societari - I legali rappresentanti degli organismi societari, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, hanno l'obbligo di trasmettere al prefetto che ha rilasciato l'informazione antimafia, copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione relativamente ai soggetti destinatari delle verifiche antimafia.

La violazione di tale obbligo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria (da 20.000 a 60.000 Euro) di cui all'art. 86, comma 4 del D. Lgs. 159/2011.



MODULO PER AUTOCERTIFICAZIONE

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE AI SENSI DEL D.P.R. n. 445/2000

- casellario giudiziale, carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura

Barrare le caselle corrispondenti alle sole voci da dichiarare.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 2000, la dichiarazione che il dichiarante rende nel proprio interesse può riguardare anche stati, fatti e qualità relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.

Il sottoscritto NADIA PROIETTI..... nato a CERRETO LAZIALE il 01/10/1965, residente a ROMA..... in via DEL COLOSSEO 31....., consapevole delle sanzioni

penali previste dal D.P.R. n. 445 del 2000, per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso

di atti falsi dichiara sotto la propria responsabilità, in qualità di

AMM. RE. DELEGATO E LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA I.N.I. SPA

(nel caso di Procuratore Speciale) giusta procura speciale in data ..... della Struttura

..... con sede in .....

.....

con riferimento a sé medesimo .....

con riferimento al Sig./alla Sig.ra .....

che presso il Casellario giudiziale di ROMA..... nulla risulta iscritto a suo nome;

che non ha carichi pendenti presso le procure della Repubblica su tutto il territorio nazionale;

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa sul trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione è resa, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, consapevole della responsabilità penale cui il dichiarante può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di formazione di atti falsi.

ROMA, li 9/9/2015

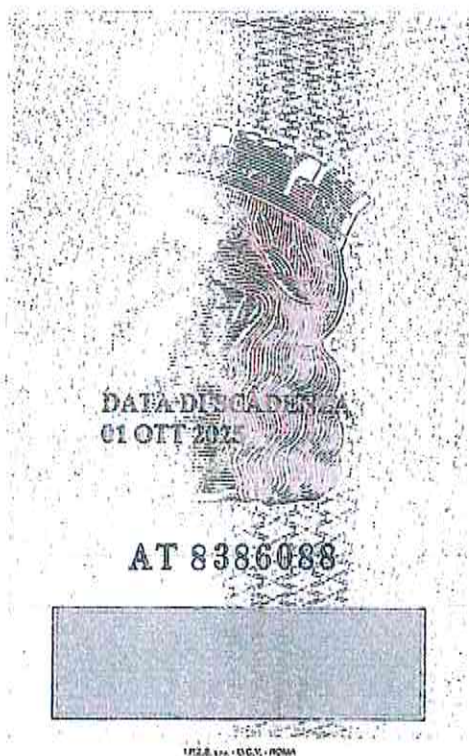
\*Firma Nadia Proietti

\* La firma può essere apposta in presenza di un funzionario incaricato ovvero, se la dichiarazione viene presentata per posta o a mezzo telefax o a mezzo di persona incaricata, occorre allegare fotocopia (fronte retro) di un documento di identità del firmatario.

Cognome PROBETTI  
 Nome NADIA  
 nato il 04/10/1943  
 (atto n. 00016 P. 1 S. 403)  
 a CERRITO LAZIALE (RM)  
 Cittadinanza ITALIANA  
 Residenza ROMA  
 Via VIA DEL COLOSSEO N. 11113  
 Stato civile C.T.A. FARONI  
 Professione \_\_\_\_\_  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura 1,67  
 Capelli Castani  
 Occhi Castani  
 Segni particolari \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Firma del titolare Nadia Probetto  
ROMA il 11 NOV 2014  
 Impronta del dito indice sinistro  
 IL SINDACO  
 ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO  
 Daniela FARONI  



## DICHIARAZIONE

La sottoscritta Nadia Proietti, nata a Cerreto Laziale (RM) il 01/10/1945 e residente in Roma, Via Del Colosseo n. 31, nella qualità di Rappresentante Legale della Casa di Cura Privata INI S.P.A. divisione Canistro, Società Unipersonale con sede legale in Roma, Via V.E. Orlando, 83

## DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n. 183, sotto la propria responsabilità:

- che il Direttore Sanitario è la dr.ssa Tiberi Antonella nata ad Avezzano (AQ) il 03/02/1974;
- che la stessa non risulta iscritta presso la Camera di Commercio quale Responsabile Tecnico in quanto non investito di poteri institori.

Canistro, 09 settembre 2016

In fede  
Il Legale Rappresentante  
(Sig.ra Nadia Proietti)  
*Nadia Proietti*

I.N.I. S.p.A. Soc. Unipersonale - Sede Legale: 00185 Roma - Via V.E.Orlando, 83  
Tel. 06.94534700 - Fax 06.94534735 - web: [www.gruppoini.it](http://www.gruppoini.it) - e-mail: [info@gruppoini.it](mailto:info@gruppoini.it)

C.F. 01618340580 - P.I. 01009381003 - Cap. Soc. € 3.000.000,00 Int. vers. - C.C.I.A.A. n. 353201 - Iscr. Trib. di Roma n. 501/72

Divisione Canistro  
67050 Canistro (AQ)  
Loc. Cotardo  
Tel. 0863.977660-1-2  
Fax 0863.977478

Divisione Villa Alba  
67050 Canistro (AQ)  
Loc. Ponticello - Via Campo Sportivo, s.n.c.  
Tel. 0863.977927  
Tel./Fax 0863.979055

Divisione Grottaferrata  
00046 Grottaferrata (RM)  
Via S. Anna, s.n.c.  
Tel. 06.942851  
Fax 06.94285243

Divisione Città Bianca  
03020 Veroli (FR)  
Via Foiano, 4  
Tel. 0775.3380-1  
Fax 0775.338185

Divisione Villa Dante  
00012 Guidonia (RM)  
Via Roma, 298  
Tel. 0774.35121  
Fax 0774.351275

Divisione Medicus  
00019 Tivoli (RM)  
Loc. Monteripoli  
Tel. 0774.338000  
Fax 0774.338846