

## **Allegato 4**

### **alla Convenzione concernente la consegna di protesi oculari in vigore dal 1° gennaio 2019**

---

Nota: le designazioni di persone si riferiscono a entrambi i sessi. Per agevolare la lettura viene utilizzata soltanto la forma maschile. In caso di dubbi interpretativi fa fede la versione tedesca.

---

### **Autodichiarazione**

### **per il riconoscimento dei fornitori di prestazioni da parte degli assicuratori Alnf / AM / AI**

Nome dell'impresa: \_\_\_\_\_

Nome del proprietario: \_\_\_\_\_

Interlocutore competente: \_\_\_\_\_

Indirizzo (via / n.): \_\_\_\_\_

NPA / località: \_\_\_\_\_

Paese: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Sito web: \_\_\_\_\_

---

Nome dell'ocularista che possiede una relativa formazione specialistica oppure ha completato un tirocinio o conseguito un diploma superiore con successiva formazione supplementare per diventare ocularista presso un istituto per protesi oculari:

Ocularista 1: \_\_\_\_\_

Ocularista 2: \_\_\_\_\_

Ocularista 3: \_\_\_\_\_

Ocularista 4: \_\_\_\_\_

Ocularista 5: \_\_\_\_\_

**Si prega di allegare alla presente autodichiarazione copie di diplomi, certificati di capacità, attestati ecc.**

---

## Criteri di riconoscimento

1. Esperienza professionale
  2. Aggiornamento
  3. Conoscenza di lingue straniere
  4. Reperibilità
  5. Infrastruttura del luogo di lavoro
  6. Fornitori di prestazioni esteri
  7. Autodichiarazioni
- 

### 1. Esperienza professionale

I seguenti ocularisti impiegati dal fornitore di prestazioni hanno maturato un'esperienza professionale di almeno dieci anni (incluso il tirocinio) per quanto concerne l'adattamento individuale delle protesi oculari.

Ocularista 1	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 2	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 3	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 4	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ocularista 5	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

**Si prega di allegare alla presente autodichiarazione copie di attestati di lavoro, certificati ecc. per ogni ocularista.**

### 2. Aggiornamento

Il fornitore di prestazioni conferma di garantire l'aggiornamento continuo dei propri ocularisti attraverso la partecipazione a convegni specialistici nazionali e/o internazionali e a corsi di formazione on-the-job.

Prende atto che la CPF gli chiede di presentare ogni due anni appositi certificati attestanti l'aggiornamento.

Sì       No

### 3. Conoscenza di lingue straniere

Il fornitore di servizi garantisce una consulenza nelle tre lingue ufficiali della Svizzera (tedesco, francese e italiano).

Sì       No

Osservazioni:

---

### 4. Reperibilità

Il fornitore di prestazioni mette a disposizione un recapito per le emergenze (telefono, e-mail). Il cliente riceve una risposta entro 24 ore nei giorni lavorativi.

Sì       No

Osservazioni:

---

---

## **5. Infrastruttura del luogo di lavoro**

Per garantire un trattamento adeguato degli assicurati, i locali commerciali soddisfano i seguenti requisiti minimi in termini di attrezzature e infrastrutture:

- |                                                                                                                                                              |                                    |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| ▪ Sono garantite pulizia, igiene e condizioni di illuminazione adeguate.                                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ È disponibile acqua corrente.                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ L'ingresso dell'istituto è chiaramente visibile dall'esterno e i dati degli interlocutori (telefono e/o e-mail) sono affissi sulla porta di ingresso.      | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ Nell'area riservata ai clienti è presente una reception / sala di attesa con posti a sedere. È disponibile una toilette per i clienti.                     | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ La privacy del cliente viene tutelata con apposite misure. Gli spazi riservati a trattamenti, laboratorio e uffici sono separati.                          | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ I lavori durante i quali si sprigionano polvere, vapori e odori vengono eseguiti in locali ventilati.                                                      | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ Viene data particolare attenzione alla sicurezza dei clienti e del personale. Gli strumenti di lavoro sono sottoposti a regolare controllo e manutenzione. | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |
| ▪ I documenti dei pazienti non sono accessibili a persone non autorizzate (art. 5 Convenzione tariffale «Protezione dei dati»).                              | <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> | <input type="checkbox"/> <b>No</b> |

**Si prega di allegare alla presente autodichiarazione il piano originale dei locali commerciali, in scala 1:50, con indicazione precisa dei locali e un'adeguata documentazione fotografica.**

## **6. Fornitori di prestazioni esteri**

Apponendo la propria firma in calce al presente documento, il fornitore di prestazioni conferma di conoscere e rispettare le disposizioni che disciplinano l'autorizzazione per l'esercizio del commercio ambulante.

## **7. Autodichiarazioni**

**Si prega di allegare alla presente autodichiarazione una copia dell'attestato di un'assicurazione di responsabilità civile per imprese e l'estratto aggiornato del registro delle esecuzioni o documenti esteri equivalenti.**

---

Con la mia firma confermo l'esattezza delle informazioni di cui sopra:

Luogo / data:

---

Cognome / nome: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

(Titolare / membro della direzione)

---

L'autodichiarazione, unitamente ai documenti richiesti, deve essere inviata a:

Segreteria CPF, protesi oculari AInf / AM / AI  
c/o Servizio centrale delle tariffe mediche LAINF  
Casella postale 4358  
6002 Lucerna