

Documento da redigere su carta intestata dell'impresa richiedente**DOMANDA DI VALIDAZIONE IN DEROGA DELLE MASCHERINE CHIRURGICHE**

Ai sensi dell'art.15, comma 2, del D.L. 18/2020 convertito, nella L.27/2020
e modificato dall'art.66bis del D.L 34/2020 convertito nella L.77/2020

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____ residente in (indirizzo, città e provincia)

in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta _____

con sede legale in (indirizzo, città e provincia) _____

e con P.I./C.F. n. _____

intende mettere in commercio le mascherine chirurgiche di cui dell'art.15, comma 2, del D.L. 18/2020 convertito, con modificazioni, nella L.27/2020 e modificato dall'art.66bis del D.L. 34/2020 convertito nella L.77/2020

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi delle disposizioni contenute nel codice penale e nelle leggi speciali in materia

DICHARA

Ai sensi e per gli effetti degli art.38, 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000

Impresa con domicilio fiscale nella REGIONE LAZIO

SI NO
(barrare la voce che interessa)

Operazione di importazione presso scali della REGIONE LAZIO

SI NO
(barrare la voce che interessa)

Di assumersi le responsabilità connesse all'importazione ed immissione in commercio delle mascherine chirurgiche e della rispondenza dei prodotti ai requisiti di cui ai criteri semplificati approvati in data 20/11/2020 dal Comitato tecnico previsto dall'art.66bis, secondo comma, del D.L. 34/2020.

Di assumersi l'impegno a commercializzare il prodotto autorizzato esclusivamente sul territorio italiano.

Riferimenti del prodotto:

DENOMINAZIONE DEL PRODUTTORE _____

INDIRIZZO DEL PRODUTTORE _____

DENOMINAZIONE DEL PRODOTTO _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL PRODOTTO (codice, riferimento ecc.) _____

TIPOLOGIA (es. Tipo I, Tipo II, Tipo IIR ecc) _____

MODALITA' DI UTILIZZO monouso riutilizzabile (barrare la voce che interessa)

MODELLO adulto pediatrico (barrare la voce che interessa)

Il prodotto rispetta la normativa UNI EN 14683:2019

Oppure

Il dispositivo è stato realizzato secondo la normativa tecnica in uso in _____

la cui normativa standard di riferimento è _____

che ha contenuti equivalenti alla seguente norma tecnica europea _____

(Da compilarsi nel caso in cui il prodotto sia stato realizzato in Paese extracomunitario)

Il sottoscritto allega la seguente documentazione in lingua italiana, attestandone la conformità agli originali:

- Relazione descrittiva completa della maschera facciale redatta in conformità ai criteri stabiliti dal paragrafo 3.2.1 del documento approvato dal Comitato tecnico in data 20/11/2020 (file in pdf da denominare "relazione");
- Istruzioni d'uso e informazioni del produttore in conformità ai criteri stabiliti dal paragrafo 3.2.2 del documento approvato dal Comitato tecnico in data 20/11/2020 (file in pdf da denominare "istruzioni");

- Rapporti delle prove sperimentali effettuate per verificare la conformità delle mascherine alle norme UNI EN 14683:2019 in base ai criteri stabiliti dal paragrafo 3.2.3 del documento approvato dal Comitato tecnico in data 20/11/2020 (file in pdf da denominare “rapporti”).

Il sottoscritto, ad integrazione della presente domanda, recapiterà (tramite consegna a mano all'Ufficio accettazione o tramite servizio postale) entro 3 gg. dalla data di invio telematico della presente domanda, un campione rappresentativo del prodotto da commercializzare al seguente indirizzo: REGIONE LAZIO – Direzione Regionale per lo Sviluppo Economico e le Attività Produttive- Via R.,R. Garibaldi 7 – 00145 Roma

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA _____

Il presente modulo di domanda compilato e sottoscritto, va inviato in formato pdf (file da denominare “domanda”), corredato da tutta la documentazione richiesta e da copia in formato “pdf” del documento di identità del dichiarante (file da denominare “documento”), esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: validazionedpi@regione.lazio.legalmail.it

L'oggetto della PEC dovrà essere il seguente: “Istanza di validazione in deroga di mascherine chirurgiche”.

La data della domanda sarà quella di avvenuta consegna al suddetto indirizzo PEC

RIEPILOGO PER L'INVIO:

- File pdf “domanda” (obbligatorio)
- File pdf “documento” (obbligatorio)
- File pdf “relazione” (obbligatorio)
- File pdf “istruzioni” (obbligatorio)
- File pdf “rapporti” (obbligatorio)
- Recapito di campione del prodotto al seguente indirizzo: Regione Lazio – Direzione Regionale Sviluppo Economico e le Attività Produttive – Via R.R. Garibaldi 7 – 00145 Roma (obbligatorio)