

BOLLINO ROSAARGENTO

Da 10 anni la rete di RSA e Case di riposo attente al benessere e alla qualità di vita dei propri ospiti

6^a edizione

Fac-simile modulo di registrazione **2027-2028**

Per le strutture del circuito Bollino RosaArgento 2025-2026: per agevolare la compilazione del modulo di registrazione online alcuni campi sono già stati precompilati con i dati attualmente disponibili. Vi chiediamo la cortesia di controllarli nel dettaglio e laddove necessario di modificarli/completarli con quelli corretti.

I campi contrassegnati con l'asterisco sono tutti obbligatori.

ATTENZIONE: prima di procedere con la compilazione del modulo di registrazione si richiede di indicare se il versamento da parte della struttura del contributo biennale di 650 euro come rimborso spese per la gestione del Bando sarà effettuato tramite:

- **donazione**
- **fattura**

Avviso solo per le strutture pubbliche: prima di compilare il modulo di registrazione verificare con la propria amministrazione se per l'emissione della fattura da parte di Fondazione Onda ETS sono necessari **numero dell'ordine d'acquisto/convenzione/CUP/CIG** e in tal caso si richiede di **inviare l'ordine tramite NSO** (nodo di smistamento degli ordini d'acquisto). **ATTENZIONE:** qualora non si rispetti questa richiesta proseguendo ugualmente con la compilazione sino ai dati di fatturazione, il sistema **non** consentirà l'invio del modulo compilato e le informazioni inserite **non** saranno salvate.

Dati struttura

Nome struttura* (ATTENZIONE → inserire il nome completo della struttura preceduto se necessario da quello dell'Ente/Azienda/Gruppo di riferimento a livello amministrativo)	
Denominazione Ente gestore*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
E-mail generica* (ATTENZIONE → questa mail sarà inserita nella scheda della struttura pubblicata sul sito del Bollino)	

RosaArgento a disposizione dell'utenza, pertanto, si richiede di <u>non</u> inserire un indirizzo mail nominale o PEC)	
Sito WEB* (ATTENZIONE → indicare l'indirizzo del sito web della struttura completo di https://...)	

Indicare la categoria di appartenenza della struttura*:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**
- Casa di riposo**

Allegare → il **regolamento** del Bollino RosaArgento scaricabile tra gli allegati posti a fondo della seguente pagina web <https://bollinorosargento.it/area-riservata-strutture/bando-bollino-rosaargento> timbrato e firmato dal Direttore/Responsabile della struttura e in formato PDF (*max 5 Mb*) e **un'immagine della facciata esterna della struttura** (non si accettano foto di reparti, ambulatori, stanze, loghi, ecc.) in formato JPG/JPEG o PNG (*risoluzione minima 800x600 px - max 5 Mb*).

Confermare di avere preso visione dell'Allegato 1 (Informativa sulla privacy) contenuto nel regolamento:

- dichiaro di avere preso visione dell'Allegato 1 (Informativa sulla privacy) contenuto nel regolamento**

Dati Direttore/Responsabile struttura (**ATTENZIONE** → i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del 'Bollino' per l'invio di eventuali comunicazioni inerenti alle proprie attività e alle iniziative riguardanti il circuito Bollino RosaArgento).

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Direttore/Responsabile della struttura, altre mail della segreteria di Direzione)	

Dati Referente Bollino RosaArgento (ATTENZIONE → i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del 'Bollino' per l'invio di eventuali comunicazioni inerenti alle proprie attività e alle iniziative riguardanti il circuito Bollino RosaArgento).

Nome*	
Cognome*	
Ruolo*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail* (<u>ATTENZIONE</u> → importante per la candidatura al Bando e per successive comunicazioni da parte di Fondazione Onda ETS)	
Altre e-mail (es. ufficio stampa/comunicazione, altri uffici/segreterie)	
Ulteriori dati Referente Bollino RosaArgento per spedizioni (<u>ATTENZIONE</u> → i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del 'Bollino' per effettuare eventuali spedizioni di materiale stampato o altro (es. targa di riconoscimento, vetrofania)	
C/o*	
Palazzina/Edificio*	
Piano*	
Interno/ufficio*	
Note	

Dati Referente Ufficio stampa/comunicazione (ATTENZIONE → i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS durante il biennio di validità del ‘Bollino’ per l’invio di eventuali comunicazioni inerenti alle proprie attività e alle iniziative riguardanti il circuito Bollino RosaArgento)

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. altri uffici/segreterie)	

Dati Referente amministrativo (ATTENZIONE → i contatti indicati devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS per eventuali informazioni/chiarimenti sulla donazione/fatturazione/pagamento della quota di partecipazione al Bando).

Nome*	
Cognome*	
Ufficio di riferimento* (es. Contabilità/Ragioneria/Economato)	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Referente amministrativo, altre mail della segreteria/uffici competenti)	

Nelle schermate successive indicare, laddove possibile, i **contatti di altre figure professionali sanitarie e sociosanitarie** che collaborano con la struttura per l’eventuale invio da parte di Fondazione Onda ETS di comunicazioni informative, programmi dei webinar ECM gratuiti rivolti alle strutture del network e inviti ad altre iniziative su tematiche di interesse promosse durante il biennio di validità del ‘Bollino’. **Qualora non fossero disponibili le figure per cui si richiedono i contatti proseguire senza compilare i relativi campi del modulo.**

Dati Direttore Sanitario

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Medico

Nome	
Cognome	
Specialità (es. Geriatra, Neurologo, Psichiatra)	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Coordinatore infermieristico

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Infermiere

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Assistente sanitario

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Assistente Sociale

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Educatore professionale

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Terapista occupazionale

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Psicologo

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Tecnico della riabilitazione psichiatrica

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Tecnico di neurofisiopatologia

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Logopedista

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Fisioterapista

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Dietista

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati Farmacista

Nome	
Cognome	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

Dati per emissione ricevuta

Ragione sociale*	
Indirizzo*	
Comune*	
CAP*	
Provincia*	
P.IVA*	
Codice fiscale*	
E-mail* (ATTENZIONE → importante per il recapito della ricevuta da parte di Fondazione Onda ETS)	

Dati fatturazione

Ragione sociale*	
Indirizzo*	
Comune*	
CAP*	
Provincia*	
P.IVA*	
Codice fiscale*	
Aliquota IVA* (modificare il valore solo in caso di applicazione di altri regimi IVA diversi dal 22%)	
Riferimento normativo (indicare il riferimento normativo solo se è stata modificata l'aliquota IVA)	

Indicare la tipologia di struttura:

- Pubblica**
- Privata convenzionata**

Per le strutture pubbliche

Codice Univoco PA fatturazione elettronica* (è un codice composto da 6 caratteri alfanumerici, non deve contenere spazi e deve essere scritto in carattere maiuscolo)	
Indirizzo PEC	
Esigibilità IVA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> immediata (Art. 6 comma 5 primo periodo DPR 633/72) <input type="checkbox"/> differita (Art. 6 comma 5 secondo periodo DPR 633/72) <input type="checkbox"/> split payment (Art. 17-ter DPR 633/72)

Prima di proseguire con la compilazione e l'invio del modulo indicare se è stato verificato con la propria amministrazione che per l'emissione della fattura da parte di Fondazione Onda ETS sono necessari **numero dell'ordine d'acquisto/convenzione/CUP/CIG** e in tal caso se **l'ordine è stato inviato tramite NSO** (nodo di smistamento degli ordini d'acquisto):

Sì, ho verificato, sono necessari e l'ordine è stato inviato tramite NSO*

Sì, ho verificato e non sono necessari

No, non ho ancora verificato (non è possibile proseguire con la compilazione del modulo di registrazione e i dati immessi fino a questo punto non saranno salvati, si prega quindi di uscire dal modulo cliccando sulla X del browser di riferimento e di rivolgersi quanto prima alla propria amministrazione per le opportune verifiche richieste)

*Se sono necessari e il numero dell'ordine è stato inviato tramite NSO, per agevolare il processo amministrativo di emissione della fattura da parte di Fondazione Onda ETS, si richiede di riportare qui di seguito i seguenti dati trasmessi tramite NSO:

Numero dell'ordine di acquisto* <i>(inviarlo con il codice ID Peppol 0210:05041450965)</i>	
Data ordine*	
CUP* <i>(Codice Unico di Progetto)</i>	
CIG* <i>(Codice Identificativo di Gara)</i>	

Per le strutture private

Codice destinatario per la fatturazione elettronica* <i>(è un codice composto da 7 caratteri alfanumerici, non deve contenere spazi e deve essere scritto in carattere maiuscolo. Verificare se il proprio Ente ne è in possesso. Solo in caso contrario digitare sette zeri 0000000)</i>	
Indirizzo PEC <i>(se non si possiede il codice destinatario è obbligatorio indicare l'indirizzo PEC registrato per ricevere le fatture elettroniche)</i>	
Note <i>(indicare eventuali esigenze particolari relative solo alla fatturazione – es. applicazione dello split payment)</i>	