

## BOLLINO ROSAARGENTO

### Modulo di registrazione 5<sup>a</sup> edizione 2025-2026

**Per le strutture del circuito Bollino RosaArgento 2023-2024:** 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.

**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 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). Si segnala che qualora non si rispetti questa richiesta proseguendo ugualmente con la compilazione del modulo sino ai dati di fatturazione, il sistema non consentirà l'invio del form compilato e le informazioni inserite non saranno salvate.

#### Dati struttura

|   |  |
|---|--|
| <b>Nome struttura*</b>  |  |
| <b>Denominazione Ente gestore*</b>  |  |
| <b>Indirizzo*</b>   |  |
| <b>CAP*</b>   |  |
| <b>Comune*</b>  |  |
| <b>Provincia*</b>   |  |
| <b>Regione*</b>   |  |
| <b>Telefono*</b>  |  |
| <b>E-mail generica*</b> (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 PEC) |  |
| <b>Sito WEB*</b> (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**
- Altro** (specificare: \_\_\_\_\_)

**Allegare** → il regolamento del Bollino RosaArgento scaricabile tra gli allegati posti a fondo della seguente pagina web <https://www.bollinirosargento.it/bando-bollino-rosaargento-2025-2026> timbrato e firmato dal Direttore/Responsabile e in formato PDF e un'immagine della facciata esterna della struttura (non si accettano foto di reparti, ambulatori, stanze, ecc.) in formato JPEG (max 5 Mb).

**Dati Direttore/Responsabile struttura** (*ATTENZIONE* → i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni da parte di Fondazione Onda di materiale stampato o altro - es. targa di riconoscimento/vetrofania).

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

**Dati Referente Bollino RosaArgento** (*ATTENZIONE* → i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni da parte di Fondazione Onda di materiale stampato o altro - es. targa di riconoscimento/vetrofania).

|   |  |
|---|--|
| <b>Nome*</b>  |  |
| <b>Cognome*</b>   |  |
| <b>Ruolo*</b>   |  |
| <b>Indirizzo*</b>   |  |
| <b>CAP*</b>   |  |
| <b>Comune*</b>  |  |
| <b>Provincia*</b>   |  |
| <b>Regione*</b>   |  |
| <b>Telefono*</b>  |  |
| <b>Altro telefono</b>   |  |
| <b>Cellulare</b>  |  |
| <b>E-mail*</b> ( <i>ATTENZIONE</i> → importante per la candidatura al Bando e per l'invio di comunicazioni da parte di Fondazione Onda) |  |
| <b>Altre e-mail</b> (es. ufficio stampa, segreterie, ufficio comunicazione)   |  |

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Nome*</b>  |  |
| <b>Cognome*</b>   |  |
| <b>Ufficio di riferimento*</b> (es. contabilità/ragioneria/economato)   |  |
| <b>Telefono*</b>  |  |
| <b>Altro telefono</b>   |  |
| <b>Cellulare</b>  |  |
| <b>E-mail*</b>  |  |
| <b>Altra e-mail</b> (es. indirizzo personale del Direttore amministrativo, altre mail della segreteria/uffici competenti) |  |

Nelle schermate successive indicare se disponibili i contatti delle seguenti figure professionali che collaborano con la struttura per l'eventuale invio di informazioni da parte di Fondazione Onda sulle attività promosse durante il biennio di validità dei bollini. Qualora non fossero disponibili proseguire senza compilare i campi.

## Dati Direttore Sanitario

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Nome</b>               |  |
| <b>Cognome</b>            |  |
| <b>Telefono/cellulare</b> |  |
| <b>E-mail</b>             |  |

## Dati Geriatra

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Nome</b>               |  |
| <b>Cognome</b>            |  |
| <b>Telefono/cellulare</b> |  |
| <b>E-mail</b>             |  |

Indicare se disponibili altri contatti di figure professionali che collaborano con la struttura. Qualora non fossero disponibili altri contatti proseguire senza compilare i campi.

|  |  |
|--|--|
| <b>Nome</b>  |  |
| <b>Cognome</b>   |  |
| <b>Ruolo</b> (es. assistente sociale, terapeuta occupazionale) |  |
| <b>Telefono/cellulare</b>                                      |  |
| <b>E-mail</b>  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Nome</b>  |  |
| <b>Cognome</b>   |  |
| <b>Ruolo</b> (es. assistente sociale, terapeuta occupazionale) |  |
| <b>Telefono/cellulare</b>                                      |  |
| <b>E-mail</b>  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Nome</b>  |  |
| <b>Cognome</b>   |  |
| <b>Ruolo</b> (es. assistente sociale, terapeuta occupazionale) |  |
| <b>Telefono/cellulare</b>                                      |  |
| <b>E-mail</b>  |  |

## Dati di fatturazione

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

Indicare la tipologia di struttura:

- Pubblica**
- Privata convenzionata**

Per le strutture pubbliche

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

Prima di proseguire con la compilazione del modulo indicare se è stato verificato con la propria amministrazione che per l'emissione della fattura da parte di Fondazione Onda 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 sino a questo punto non saranno salvati, si prega quindi di uscire dal form cliccando sulla X del browser di riferimento e di rivolgersi quanto prima alla propria amministrazione per le opportune verifiche richieste).

|   |  |
|---|--|
| <b>Numero dell'ordine di acquisto*</b> (inviarlo ad <a href="mailto:ondaosservatorio@pec.it">ondaosservatorio@pec.it</a> oppure con il codice ID Peppol 0210:05041450965) |  |
| <b>Data ordine*</b>   |  |
| <b>CUP*</b> (Codice Unico di Progetto)  |  |
| <b>CIG*</b> (Codice Identificativo di Gara)   |  |

Per le strutture private

|   |  |
|---|--|
| <b>Codice destinatario per la fatturazione elettronica*</b> <i>(codice composto da 7 caratteri alfanumerici, scritto senza spazi e in carattere maiuscolo - se non si possiede digitare sette volte zero 0000000)</i> |  |
| <b>Indirizzo PEC</b> <i>(se non si possiede il codice destinatario è obbligatorio indicare l'indirizzo PEC registrato per ricevere le fatture elettroniche)</i>   |  |
| <b>Numero dell'ordine di acquisto</b>   |  |
| <b>Data ordine</b>  |  |
| <b>Note</b> <i>(indicare eventuali esigenze particolari relative solo alla fatturazione – es. applicazione dello split payment)</i>   |  |