## DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' UE (DCM) ai sensi del Regolamento (UE) 2017/745

|   | <b>a. co</b>  | regolamento (OL) 201777+  |  |
|---|---|---|--|
| Fabbricante   | DENTAL PROTESI SNC DI BRUTTOMESSO GIOVANNI & C.                 |   |  |
| Indirizzo   | Via Duello, 24 int. 2 - Loc. Quargnenta - 36070 BROGLIANO (VI)  |   |  |
| Nome del dispositivo  | INTARSIO IN COMPOSITO SUL 46                                    |   |  |
| Identificazione del<br>dispositivo (lotto n°)   | 4H1B3E6D3   |   |  |
| Data di fabbricazione   | 30/06/2021  |   |  |
| Il dispositivo oggetto della pres<br>di seguito identificato.   | sente dichiarazio   | one è destinato a essere utiliza  | zato esclusivamente per il paziente  |
| Identificativo del paziente   |   | TUROSSI JOSE SONEI  |  |
| Il dispositivo è stato prescritto dalla persona di seguito identificata in quanto autorizzata dal diritto nazionale competente in virtù delle sue qualifiche professionali. |   |   |  |
| Persona autorizzata dal diritto nazionale che ha rilasciato la prescrizione   |   | Dott. Michele Bruttomesso   |  |
| Nome dell'istituzione sanitaria dove è stata rilasciata la prescrizione   |   |   |  |
| DOTT. MICHELE BRUTTOMESSO   |   |   |  |
| dispositivo precedentemente iden<br>Il dispositivo soddisfa i requisiti<br>2017/745.<br>L'analisi dei rischi residui della p  | tificato è conform<br>generali di sicu<br>protesi e la sua v    | ne al Regolamento (UE) 2017/74<br>irezza e prestazione applicabil<br>valutazione clinica sono stati e | a propria esclusiva responsabilità che il<br>45.<br>li di cui all'allegato I del Regolamento<br>effettuati prima della fabbricazione della |
| stessa al fine di valutare la sua SI  |   |   |  |
| Eventuali requisiti generali di sicurezza e prestazione che non sono stati rispettati:  |   |   |  |
| Soggettivamente al suo Dispositivo i rischi che si ritiene di non poter rimuovere sono: [ Non presenti ]  |   |   |  |
| Il dispositivo è conforme ai seg  | uenti standard/s  | specifiche comuni:  |  |
| - ISO 14971:2020 - ISO 10993-1:2010   |   |   |  |
|   | li cui all'allegato X<br>data di immissiono<br>a nominato respo | KIII del Regolamento 745 e la dio<br>e sul mercato del dispositivo og                                 | chiarazione di conformità UE per un<br>getto della presente Dichiarazione di   |
| SI RACCOMANDA DI PRE<br>D'USO ALLEGATE.   | :NDERE VISION   | E DELLE ISTRUZIONI  | $\triangle \square R$  |
| Questa dichiarazione di   | conformità è parte  | integrante del Dispositivo Medico S   | Su Misura lotto n° : <b>4H1B3E6D3</b>  |
|   | PRODOTTO INT  | ERAMENTE REALIZZATO IN I  | TALIA  |
| BROGLIANO, Data <b>30/06/2021</b>   |   |   |  |
|   |   |   |  |

IL FABBRICANTE (MNF)