# Allegato n°1

# “ Caratteristiche specifiche Convenzione estemporanea”

* l’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (di seguito denominata AREU), con sede operativa in Milano, Via Alfredo Campanini n. 6, Cod.Fisc. e P. IVA 11513540960, in atto rappresentato dal Dr. Alberto Zoli, nato a Forlì il 28/03/1955, in qualità di Direttore Generale *pro-tempore*

**E**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (di seguito denominata Contraente), con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_, Cod.Fisc. e P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in atto rappresentato dal Sig./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_/\_\_/\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante *pro-tempore*

**CONVENGONO QUANTO SEGUE**

La presente convenzione regola le attività di soccorso sanitario di emergenza urgenza in forma estemporanea con un mezzo di soccorso stazionato presso il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Indicare il tipo di convenzione:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di Convenzione Estemporanea sottoscritta:** | |\_\_| Est. Standard | |\_\_|Est. Associata |

Scegli una delle tre tipologie

# Estemporanea Standard

|\_\_| La convezione Standard prevede le seguenti caratteristiche di servizio, in particolare:

* **la disponibilità del mezzo** di soccorso per un minimo di **32 ore a settimana**, con la possibilità di **sospensione del servizio** per un massimo di **20 giorni/anno (8 ore giorno pari ad un massimo di 160h anno)**, previo avviso all’Articolazione Aziendale Territoriale (AAT) di riferimento di almeno 15 giorni rispetto al primo giorno di sospensione (comunicazione tramite modulo AREU n°149 “Gestione convenzione estemporanea”);
* **la disponibilità del mezzo** deve essere garantita per almeno 60 (sessanta) minuti dall’orario di inserimento nel sistema informatico fornito da AREU;
* **la disponibilità del mezzo** di soccorso comporta l’impegno ad effettuare tutte le missioni di soccorso e trasporto i cui i tempi di intervento risultano essere competitivi.
* **Numero di operatori minimi presenti a bordo** 3 (tre) soccorritori certificati, comprensivo di autista soccorritore (escluso il personale in addestramento).

#### MEZZO UTILIZZATO

Tale convenzione è realizzata con il seguente veicolo:

###### Dati veicolo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di veicolo** | **Marca Veicolo** | **Modello Veicolo** | **Targa Veicolo** |
| |\_\_|Autoambulanza di tipo A: individuata al 2° comma dell’art. 1 e nell’allegato tecnico al D.M. del Ministero dei Trasporti n. 553/87;  |\_\_|Autoambulanza di tipo A1: individuata nel D.M. del Ministero dei Trasporti e della Navigazione n. 487/97. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

###### Compilare la parte relativa ai dati del veicolo utilizzato e allegare la carta di circolazione e la SCIA di attivazione mezzo inviata alla ATS di competenza.

#### STAZIONAMENTO DI PARTENZA

Il mezzo deve partire dal seguente stazionamento:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome della sede:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Comune di ubicazione:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Via e numero civico:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Telefono di riferimento sede:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **e-mail di riferimento sede:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Persona di riferimento sede:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Riferimenti autorizzativi o dichiarativi della sede:** | |\_\_| Indicare la data di autorizzazione e l’Ente che ha autorizzato la sede.  oppure  |\_\_| indicare la data e/o il protocollo di consegna della SCIA e l’ente a cui è stata comunicata.  **Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Protocollo SCIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |\_\_| Contraente esente dalla procedura autorizzativa/dichiarativa. |
| **Garanzie fidejussorie/assicurativa/bancaria:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Compilare la parte riguardante lo stazionamento di partenza. Lo stazionamento deve corrispondere a uno stazionamento in precedenza autorizzato da un ente sanitario di competenza (es. ASL) o deve corrispondere a uno stazionamento che ha i requisiti indicati in una SCIA (DGR n. X/5165 del 16.05.2016 e s.m.i.) comunicata dal soggetto titolare di convenzione.

# Estemporanea “Associata”

|\_\_| La convenzione estemporanea “Associata” è valida solo per i titolari di convezione continuativa. Le modalità di rimborso di questa tipologia di convenzione prevede le stesse regole di quella estemporanea standard con le seguenti modifiche:

###### Caratteristiche specifiche che differiscono dalla Convenzione Estemporanea Standard:

|  |  |
| --- | --- |
| **Disponibilità di un mezzo di soccorso (Ore di presenza minime settimanali):** | Non deve essere garantita nessuna presenza minima di disponibilità; |
| **Orari di disponibilità:** | L’**oraria di operatività** ammesso è quello previsto per la **convenzione sottoscritta**; |
| **Sospensione del servizio (numero massimo di giorni/anno autorizzati):** | Non c’è nessun limite di sospensione del servizio; |
| **Mezzi utilizzabili:** | Sono autorizzati **solo i mezzi di backup** indicati nel convenzioni continuative sottoscritte dal contraente; |
| **Stazionamenti fruibili:** | Lo stazionamento di partenza del mezzo è riferito alla sede operativa indicata per la convenzione continuativa. |
| **Reperibilità del servizio:** | Non è prevista. |
| **Numero di operatori minimi presenti a bordo (escluso il personale in addestramento):** | 3 (tre) soccorritori certificati, comprensivo di autista soccorritore (minore di h12 deroga a 2 se già convenzione a due). |
| **Garanzie fidejussorie/assicurativa/bancaria:** | Non è richiesta nessuna garanzia. |

Questa convenzione è associata alla Convenzione continuativa AREU identifica con

**Postazione n.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare il lotto della convenzione continuativa (Per esempio: **LC-001-A**)

N.B. Questa convenzione ha validità per tutto il periodo contrattuale di quella continuativa sopra indicata, e decade nel momento in cui quella continuativa cessa.

#### Dotazioni strumentali specifiche richieste dalla Convenzione:

*\_\_Nessuna dotazione richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

#### Note e precisazioni della configurazione della Convenzione:

*\_\_Nessuna nota \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l’Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)

il Direttore Generale p.t. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l’OdV/La Cooperativa /La Società

il Legale Rappresentante p.t. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_