

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO
All'Agenzia Regionale Urgenza Emergenza

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DESTINATA ALLA COSTITUZIONE DI UN ELENCO REGIONALE DI SOGGETTI ACCREDITATI PER IL SERVIZIO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO IN CONVENZIONE ESTEMPORANEA PER LE ESIGENZE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a

Prov.

il

in qualità di:

(Carica sociale)

abilitato, ai fini della procedura in oggetto, ad agire come rappresentante

di

(Denominazione)

con sede legale in Via

n.

Città

Cap.

Prov.

Telefono

Fax

Indirizzo @mail

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

Indirizzo internet o sito web (ove esistente)	
Codice Fiscale	P.IVA

**PRESENTA ISTANZA PER L'ACCREDITAMENTO NELL' ELENCO DI OPERATORI PER
L'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO IN FORMA
ESTEMPORANEA NELL'AREA DI COMPETENZA IN FUNZIONE DELLA/E SEDE/I OPERATIVE
INDICATE**

D I C H I A R A inoltre
ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. 445/2000

- 1) di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80, del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 – Codice dei contratti pubblici;
- 2) che i dati identificativi (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, comune di residenza) dei soggetti di cui all'art. 80, comma 3 del Codice, (a titolo esemplificativo soggetti che hanno poteri di legale rappresentanza ovvero che hanno funzioni di direzione tecnica) **sono quelli riportati in apposito elenco allegato alla presente;**
- 3) che accetta tutte le disposizioni contenute nell'avviso di Manifestazione di interesse, nei relativi allegati riferite alla presente procedura **nell'ambito del SISTEMA DI ACCREDITAMENTO NELL'ELENCO DI OPERATORI PER L'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO IN FORMA ESTEMPORANEA DELLA REGIONE LOMBARDIA;**
- 4) **(compilare solo in caso di OdV)** di essere iscritta/o da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore ovvero nei registri previsti dalle regioni presso cui ha sede, se non ancora costituito quello nazionale, registro di _____ (indicare l'ente pubblico presso cui è tenuto il registro) al n. _____ a decorrere dal _____
- 5) **L'OdV accetta espressamente la disposizione di cui sopra contenuta nell'art. 4 che esclude dall'iscrizione all'elenco della regione Lombardia le OdV che non risultano iscritte da almeno sei mesi al registro unico nazionale o altro registro se non ancora costituito; (cancellare se il soggetto non è OdV)**
- 6) di aver già presentato all'ATS territorialmente competente _____ (indicare la denominazione dell'ATS) in data _____ una specifica SCIA, per esercizio di attività di trasporto sanitario come previsto dall'art. 2.1 del citato allegato A, in particolare confermando:
 - il possesso di almeno una sede operativa sul territorio della Regione Lombardia
 - il possesso di almeno un mezzo
 - la presenza di personale
 - il tutto con i requisiti di cui al citato allegato A);

Sono esclusi dalla presentazione della SCIA, fermo restando il possesso dei requisiti relativi all'iter formativo del personale e al possesso delle dotazioni minimali delle attrezzature e del materiale sanitario a bordo dei mezzi di trasposto sanitario, i servizi di trasporto sanitario gestiti dalla CRI, costituita nelle forme previste per la stessa nella normativa vigente.

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

Ovvero (Nell'ipotesi in cui il soggetto sia in possesso di autorizzazione antecedente alla DGR n. 5165/2016) di essere in possesso di autorizzazione per l'esercizio di attività di trasporto sanitario n. _____ rilasciata da _____ in data _____.

(Cancellare le parti che non sono di interesse)

7) che la/e propria/e sede/i operativa/e è/sono sita/e (inserire indirizzo completo solo in caso fosse diversa dalla sede legale).....

8) che il CCNL applicato al personale dipendente (ove presente)

9) che la dimensione è (N. dipendenti ove presenti):

☐ da 1 a 5 ☐ da 6 a 15 ☐ da 16 a 50 ☐ da 51 a 100 ☐ oltre 100

10) di individuare come soggetto di riferimento per la gestione del DB di AREU in cui dovranno essere inseriti i dati ivi richiesti:

nome _____

cognome _____

CF _____

Indirizzo @mail personale _____

11) di aver sottoscritto idonea copertura assicurativa per lo svolgimento delle attività oggetto di accreditamento come previsto dalla normativa vigente;

12) che provvederà alla costituzione della cauzione, come previsto dalla Manifestazione d'interesse per il mezzo impiegato come dichiarato contestualmente alla sottoscrizione della convenzione;

13) qualora un partecipante alla selezione specifica eserciti la facoltà di "accesso agli atti" di:

- autorizzare, la stazione appaltante a rilasciare copia di tutta la documentazione presentata per la domanda di partecipazione;

oppure

- non autorizzare, la stazione appaltante a rilasciare copia della domanda di partecipazione, per le motivazioni di seguito illustrate:

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

14) attesta di essere informato, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679 , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente selezione e per finalità di gestione del rapporto contrattuale ed adempimenti di legge.

Luogo e Data _____

Dati identificativi del soggetto sottoscrittore _____

(se il sottoscrittore è un procuratore (generale o speciale), il concorrente dovrà produrre copia scannerizzata della procura (generale o speciale) che attesti i poteri del sottoscrittore)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del testo unico D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e norme collegate

Allegati:

(elencare di seguito quanto dichiarato di allegare al presente documento)

- 1. Elenco soggetti di cui all'art. 80, comma 3, del Codice, sottoscritto digitalmente**