

(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, SUDDIVISO IN PROVINCE, DI SOGGETTI ACCREDITATI PER IL SERVIZIO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO CON MEZZI AGGIUNTIVI 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

Della Rete Associativa/articolazione territoriale della rete associativa  
\_\_\_\_\_appositamente delegata (cancellare la dichiarazione che non interessa)

(Denominazione)

con sede legale in Via

n.

Cit-  
tà

Cap.

Prov.

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

Telefono		Fax	
Indirizzo @mail			
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 AGGIUNTIVO  
PER LA/E SEGUENTE/I PROVINCIA/E (CANCELLARE LE PROVINCE A CUI NON SI INTENDE  
ADERIRE)**

PROVINCIA
BERGAMO
BRESCIA
COMO
CREMONA
LECCO
LODI
MANTOVA
MILANO
MONZA BRIANZA
PAVIA
SONDRIO
VARESE

**DICHIARA** 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, anche in nome e per conto di tutte le OdV di cui si avvale, 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 AGGIUNTIVO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO DELLA REGIONE LOMBARDIA;**
- 4) di essere iscritta 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 \_\_\_\_\_ ovvero di essere iscritta 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 \_\_\_\_\_

**La Rete Associativa accetta espressamente la disposizione dell'avviso di cui sopra contenuta nell'art. 6 che esclude dall'invito alle negoziazioni le OdV/reti associative che non risultano iscritte da almeno sei mesi, al momento del lancio delle selezioni specifiche.**

- 5) di confermare di essere una rete associativa/articolazione territoriale, appositamente delegata dalla rete associativa \_\_\_\_\_, di cui all'articolo 41, comma 2 del D. Lgs. 117/2017.
- 6) di comunicare di seguito i dati delle Odv di cui si avvale, indicando anche la provincia di disponibilità di ciascuna Odv

N.	Denominazione	P.IVA/CO DICE FISCALE	Città'	Via	n.	Indicare Registro di iscri- zione	n. iscri- zione registro	Data Iscri- zione Regi- stro	Provincia di disponibilità

(COMPILARE UNA RIGA PER OGNI ODV)

- 7) dichiara altresì in nome e per conto delle Odv di cui si avvale che:
  - a. gli Odv di cui si avvale non incorrono nelle cause di esclusione di cui all'art. 80, del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 – Codice dei contratti pubblici;
  - b. 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 degli OdV sopra elencati, (a titolo esemplificativo soggetti che hanno poteri di legale rappresentanza delle OdV Associativa ovvero che hanno funzioni di direzione tecnica...) **sono quelli riportati in apposito elenco allegato alla presente domanda;**

- 8) ulteriormente per le OdV di cui si avvale dichiara quanto segue:

N.	Denominazio- ne	P.IVA/CODI CE FISCALE	Scia Lombardia (inserire se già presentata?	Registrazione fuori re- gione (se in possesso)	Provincia di disponibilità
----	--------------------	--------------------------	--	---	-------------------------------

N.	Denominazio- ne	P.IVA/CODI CE FISCALE	Scia Lombardia (inserire se già presentata?	Registrazione fuori re- gione (se in possesso)	Provincia di disponibilità
			<p>ha già presentato/ si impegna a presentare <b><u>entro al massimo 60 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione della/e postazione/i.</u></b> (cancellare l'opzione che non interessa)</p> <p>all'ATS territorialmente competente _____ (indicare la denominazione dell'ATS solo se è già stata presentata) in data _____ (compilare con la data solo se già presentata) una specifica SCIA per esercizio di attività di trasporto sanitario come previsto dall'art. 2.1 del citato allegato A, in particolare confermando:</p> <p>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);</p>	<p>(da compilare solo nell'ipotesi in cui si sia in possesso di una abilitazione in regione diversa dalla Lombardia – in caso contrario cancellare l'intero paragrafo)dichiaro di essere già in possesso di titoli abilitanti acquisiti in Regione _____ da _____ (indicare gli estremi dell'ente regionale autorizzato a rilasciare l'abilitazione) in data _____ e _____</p> <p>confermo _____ (cancellare l'opzione che non interessa) di aver già presentato la SCIA all'ATS territorialmente competente _____ (indicare la denominazione dell'ATS solo se è già stata presentata) in data _____</p> <p>(compilare con la data solo se già presentata) / di impegnarmi a presentare la SCIA all'ATS territorialmente competente</p>	
			<p>ha già presentato/ si impegna a presentare <b><u>entro al massimo 60 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione della/e postazione/i.</u></b> (cancellare l'opzione che non interessa)</p> <p>all'ATS territorialmente competente _____ (indicare la denominazione dell'ATS solo se è già stata presentata) in data _____ (compilare con la data solo se già presentata) una specifica SCIA per esercizio di attività di trasporto sanitario come previsto dall'art. 2.1 del citato allegato A, in particolare confermando:</p> <p>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);</p>	<p>(da compilare solo nell'ipotesi in cui si sia in possesso di una abilitazione in regione diversa dalla Lombardia – in caso contrario cancellare l'intero paragrafo)dichiaro di essere già in possesso di titoli abilitanti acquisiti in Regione _____ da _____ (indicare gli estremi dell'ente regionale autorizzato a rilasciare l'abilitazione) in data _____ e _____</p> <p>confermo _____ (cancellare l'opzione che non interessa) di aver già presentato la SCIA all'ATS territorialmente competente _____ (indicare la denominazione dell'ATS solo se è già stata presentata) in data _____</p> <p>(compilare con la data solo se già presentata) / di impegnarmi a presentare la SCIA all'ATS territorialmente</p>	

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

N.	Denominazio- ne	P.IVA/CODI CE FISCALE	Scia Lombardia (inserire se già presentata?	Registrazione fuori re- gione (se in possesso)	Provincia di disponibilità
				competente	

(COMPILARE UNA RIGA PER OGNI ODV)

**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.**

7) la rete associativa/ l'articolazione territoriale della rete associativa  
\_\_\_\_\_appositamente delegata, dichiara che

- la propria sede operativa è sita (inserire indirizzo completo solo in caso fosse diversa dalla sede legale).....

.....

- il CCNL applicato al personale dipendente (ove presente)

.....

- 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

8) 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 \_\_\_\_\_

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

**Impegnandosi altresì alla compilazione dei dati richiesti nel DB pena la sospensione/annullamento dell'iscrizione all'elenco e la revoca di eventuale contratto sottoscritto;**

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

10) qualora un partecipante alla manifestazione d'interesse eserciti la facoltà di "accesso agli atti" di:

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

**oppure**

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

---

---

---

---

---

---

---

11) 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 sia della rete che delle OdV di cui si avvale**