

(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 ASSISTENZA E SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO PER MANIFESTAZIONI/EVENTI PROGRAMMATI NELL'AMBITO TERRITORIALE 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

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

Indirizzo @mail	
Indirizzo inter- net o sito web (ove esistente)	
Codice Fiscale	P.IVA

**PRESENTA ISTANZA PER L'ACCREDITAMENTO NELL' ELENCO DI OPERATORI PER
L'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA E SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO
PER MANIFESTAZIONI/EVENTI PROGRAMMATI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE
LOMBARDIA 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 AGGIUNTIVO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO 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

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

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.

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) 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:

13) 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.

(inserire logo/denominazione soggetto del terzo settore partecipante)

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**