

(inserire logo/denominazione soggetto dell'OdV partecipante)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SISTEMA DINAMICO DI AMMISSIONE

OGGETTO: AVVISO PER L'ISTITUZIONE DI UN SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE AI SENSI DELL'ART. 57 DEL D. LGS. 117/2017 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO IN FORMA CONTINUATIVA DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO 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

Procura

(dati procura)

Dell'Organizzazione di volontariato

(Denominazione)

con sede legale in Via

n.

Città

Cap.

Prov.

Telefono

Fax

(inserire logo/denominazione soggetto dell'OdV partecipante)

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

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE AL SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE AI SENSI DELL'ART. 57 DEL D. LGS. 117/2017 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO IN FORMA CONTINUATIVA DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO TERRITORIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA

**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 agli artt. 94 ss del D.Lgs. 36/2023;
- 2) che i dati identificativi (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, comune di residenza) dei soggetti di cui all'art. 94, comma 3 del Codice, (a titolo esemplificativo soggetti che hanno poteri di legale rappresentanza dell'OdV ovvero che hanno funzioni di direzione tecnica) sono riportati in apposito elenco **allegato alla presente domanda**;
- 3) che accetta tutte le disposizioni contenute nell'avviso per l'istituzione **DI UN SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE AI SENSI DELL'ART. 57 DEL D. LGS. 117/2017 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO IN FORMA CONTINUATIVA DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO TERRITORIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA**;
- 4) di essere iscritta da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore (n. repertorio RUNTS _____);
- 5) di aderire alla rete associativa, di cui all'articolo 41, comma 2 del D. Lgs. 117/2017:
(indicare di seguito gli estremi della Rete associativa)
Denominazione:

Indirizzo:

indirizzo @mail pec/ordinario:

Partita IVA/Codice Fiscale:

Nominativo del Legale rappresentante:

- 6) (*cancellare l'opzione che non interessa*) di avere l'autorizzazione/di impegnarsi, nel rispetto dei tempi di attivazione nel caso di assegnazione di convenzione previsti dalle singole procedure di selezione specifica, ad acquisire l'autorizzazione (*cancellare l'opzione che non interessa*) ai sensi della normativa regionale in materia nel rispetto delle disposizioni di cui all'allegato A della DGR X/5165/2016, in particolare:
 - a. dichiaro di aver già presentato/ mi impegno a presentare (*cancellare l'opzione che non interessa*) 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:
 - 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);
 - b. (*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

(inserire logo/denominazione soggetto dell'OdV partecipante)

di titoli abilitanti acquisiti in Regione _____ da _____ (indicare gli estremi dell'ente regionale autorizzato a rilasciare l'abilitazione) in data _____ e 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 _____ (compilare con la data solo se già presentata) / di impegnarmi a presentare la SCIA all'ATS territorialmente competente;

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) l'Organizzazione di Volontariato, dichiara che

- la propria sede operativa è sita
- 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) qualora un partecipante all'avviso eserciti la facoltà di "accesso agli atti" di:

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

oppure

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

9) 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 (firmato digitalmente)

(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

(inserire logo/denominazione soggetto dell'OdV partecipante)

Allegati:

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

1. Elenco soggetti di cui all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023, sottoscritto digitalmente;
2. Copia scannerizzata della eventuale procura;
3. Eventuali ulteriori documenti allegati.