**Allegato 1E**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE IN FORMA COMPARTECIPATA TRA RETI ASSOCIATIVE NAZIONALI**

**OGGETTO: PROCEDURA DI SELEZIONE SPECIFICA NELL'AMBITO DEL SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELL’ART. 57 DEL D. LGS. 117/2017 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO 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  |
| della Rete Associativa/articolazione territoriale della Rete Associativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appositamente delegata (*cancellare la dichiarazione che non interessa)* |
| (Denominazione) |  |
|  |
| con sede legale in Via |  | n. |  |
|  |
| Città |  | Cap. |  | Prov. |  |
| Telefono |  | Fax |  |

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

**PRESENTA**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE IN COMPARTECIPAZIONE CON**

|  |
| --- |
| La Rete Associativa/articolazione territoriale della Rete Associativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appositamente delegata *(cancellare la dichiarazione che non interessa)* |
| (Denominazione) |  |
|  |
| con sede legale in Via |  | n. |  |
|  |
| Città |  | Cap. |  | Prov. |  |
| Telefono |  | Fax |  |

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

Rappresentata legalmente dal/la

|  |  |
| --- | --- |
| sottoscritto/a |  |
|  |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
| in qualità di: |
| (Carica sociale) |  |
| e con (*cancellare se ove non necessario*) |
| la Rete Associativa/articolazione territoriale della Rete Associativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appositamente delegata (cancellare la dichiarazione che non interessa) |
| (Denominazione) |  |
|  |
| con sede legale in Via |  | n. |  |
|  |
| Città |  | Cap. |  | Prov. |  |
| Telefono |  | Fax |  |

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

Rappresentata legalmente dal/la

|  |  |
| --- | --- |
| sottoscritto/a |  |
|  |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
| in qualità di: |
| (Carica sociale) |  |

**ALLA SELEZIONE SPECIFICA NELL'AMBITO DEL SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELL’ART. 57 DEL D. LGS. 117/2017 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO TERRITORIALE DELLA REGIONE LOMBARDIA RELATIVAMENTE ALLA POSTAZIONE DI SOCCORSO DI SEGUITO ELENCATA PER IL TRAMITE DELLE ODV ELENCATE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOTTO** | **CODICE POSTAZIONE** | **DENOMINAZIONE POSTAZIONE** | **AREA** | **RETE ASSOCIATIVA**  | **ODV CHE SVOLGE IL SERVIZIO** |
| **Esempio:****MI-000/D** | MI-000/D1 | MILANO 4 | MILANO | … | … |
| MI-000/D2 | MILANO 4 | MILANO | … | … |
| MI-000/D3 | MILANO 4 | MILANO | … | … |
| MI-000/D4 | MILANO 4 | MILANO | … | … |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**DICHIARANO 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 della Rete Associativa (sia di quella nazionale che delle articolazioni a livello locale ovvero che hanno funzioni di direzione tecnica) sono i medesimi già presentati in sede di domanda di ammissione al presente sistema dinamico

***ovvero, in caso di variazioni,***

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 della Rete Associativa (sia di quella nazionale che delle articolazioni a livello locale ovvero che hanno funzioni di direzione tecnica) sono quelli riportati in apposito elenco allegato alla presente domanda *(cancellare la parte che non interessa);* *(personalizzare eventualmente per ogni Rete interessata ove le dichiarazioni di ciascuna siano differenti)*

1. di essere provviste di idoneo mandato con rappresentanza o poteri di firma per le OdV di cui intende avvalersi;
2. che accettano, anche in nome e per conto delle OdV di cui si avvalgono, tutte le disposizioni contenute nella Lettera d’Invito, nei relativi allegati e nelle schede tecniche di dettaglio di ciascuna postazione di soccorso riferite alla presente procedura di selezione specifica nell’ambito del Sistema Dinamico di Selezione nel rispetto delle disposizioni dell’art. 57 del D. Lgs. 117/2017 per l'affidamento del servizio di soccorso sanitario extraospedaliero territoriale della Regione Lombardia**;**
3. di confermare quanto già dichiarato nell’istanza di ammissione al Sistema Dinamico di Selezione in merito alla propria iscrizione e all’iscrizione delle OdV di cui si avvale al Registro unico nazionale del terzo settore;
4. 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 come già dichiarato nella domanda di ammissione al Sistema Dinamico di Selezione;
5. di confermare i dati delle OdV di cui si avvale per le postazioni indicate sopra sono gli stessi già forniti in sede di iscrizione allo SDA,

***oppure***

le seguenti variazioni dei dati delle OdV di cui si avvale per le postazioni indicate sopra *(comunicare le eventuali variazioni dei dati delle OdV indicate in sede di iscrizione allo SDA, che dovranno essere verificati da AREU*) - ***ATTENZIONE non è possibile aggiungere nuove OdV rispetto all’elenco comunicato* in sede di iscrizione allo SDA**.

*(inserire le OdV con variazioni compilando i campi)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **ODV** | **CODICE FISCALE** | **VARIAZIONE DA SEGNALARE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(compilare una riga per ogni odv)*

1. di confermare altresì in nome e per conto delle Odv di cui si avvalgono che:
	1. le OdV di cui si avvalgono non incorrono 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 delle OdV sopra elencate, (a titolo esemplificativo soggetti che hanno poteri di legale rappresentanza delle OdV Associativa ovvero che hanno funzioni di direzione tecnica) sono i medesimi già presentati in sede di domanda di ammissione al presente sistema dinamico/

***ovvero, in caso di variazioni***,

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 delle OdV sopra elencate, (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 *(cancellare la parte che non interessa*); *(personalizzare eventualmente per ogni Rete interessata ove le dichiarazioni di ciascuna siano differenti)*

1. di confermare per le OdV di cui si avvalgono quanto già dichiarato nell’istanza di ammissione al Sistema Dinamico di Selezione in merito alla propria dichiarazione che sono accreditate/si impegnano, nel rispetto dei tempi di attivazione nel caso di assegnazione di convenzione previsti dalle singole procedure di selezione specifica, ad acquisire l’accreditamento ai sensi della normativa regionale in materia nel rispetto delle disposizioni di cui all’allegato A della DGR X/5165/2016,

**oppure** (*in caso di variazioni ricompilare la dichiarazione e cancellare la parte che non compete*), in particolare:

| **N.** | **DENOMINAZIONE ODV** | **C.F.** | **SCIA LOMBARDIA *(INSERIRE SE GIÀ PRESENTATA)*** | **REGISTRAZIONE FUORI REGIONE *(SE IN POSSESSO)*** | **CODICE POSTAZIONE PER CUI PRESENTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ha già presentato/ si impegna a presentare **entro al massimo 30 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione della/e postazione/i,** (*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 Lombardiail possesso di almeno un mezzola presenza di personale * il tutto con i requisiti di cui al citato allegato A);
 | (*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 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 |  |
|  |  |  | ha già presentato/ si impegna a presentare **entro al massimo 30 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione della/e postazione/i,** (*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 Lombardiail possesso di almeno un mezzola presenza di personale * il tutto con i requisiti di cui al citato allegato A);
 | (*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 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*(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.

1. le Reti Associative/l’articolazione territoriale della Rete Associativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appositamente delegata, confermano quanto già dichiarato in sede di domanda di ammissione /**oppure** (*in caso di variazioni ricompilare la dichiarazione*) 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

1. di aver sottoscritto idonea copertura assicurativa per lo svolgimento delle attività oggetto di selezione come previsto dalla normativa vigente e di confermare che le OdV di cui si avvale hanno sottoscritto idonea copertura assicurativa per lo svolgimento del servizio;
2. che garantiranno il servizio con corresponsabilità solidale;
3. che provvederanno alla costituzione della cauzione definitiva, anche per il tramite delle OdV di cui si avvalgono, come previsto dall’art. 14.2 della Lettera d’Invito per ciascun mezzo impiegato riferito a ciascuna postazione;
4. 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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. attestano di essere informate, 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 dei soggetti sottoscrittori:

Rete Associativa/Articolazione rete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rete Associativa/Articolazione rete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rete Associativa/Articolazione rete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*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. 94, comma 3, del Codice, sottoscritto digitalmente della Rete Associativa Nazionale/articolazione territoriale delegata

(DA ALLEGARE SOLO NELL’IPOTESI DI VARIAZIONI INTERVENUTE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO IN SEDE DI DOMANDA DI AMMISSIONE AL SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE) *personalizzare eventualmente per ogni Rete interessata ove le dichiarazioni di ciascuna siano differenti*

1. Statuto delle Reti Associative ai sensi dell’art. 41, comma 7, del D. Lgs. 117/2017

(DA ALLEGARE SOLO NELL’IPOTESI DI VARIAZIONI INTERVENUTE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO IN SEDE DI DOMANDA DI AMMISSIONE AL SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE)

1. Elenco soggetti di cui all’art. 94, comma 3, del Codice, riferito a ciascuna OdV sottoscritto digitalmente della Rete Associativa Nazionale/ articolazione territoriale delegata

(DA ALLEGARE SOLO NELL’IPOTESI DI VARIAZIONI INTERVENUTE RISPETTO A QUANTO DICHIARATO IN SEDE DI DOMANDA DI AMMISSIONE AL SISTEMA DINAMICO DI SELEZIONE) *personalizzare eventualmente per ogni Rete interessata ove le dichiarazioni di ciascuna siano differenti*

1. Eventuali ulteriori dichiarazioni previste dai propri statuti/disposizioni interne per lo svolgimento delle attività di selezione.