**Allegato 3B**

**AUTODICHIARAZIONE REQUISITI DI AFFIDABILITA’ E CAPACITA’ TECNICO/PROFESSIONALI**

**RETE ASSOCIATIVA**

**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 Nazionale/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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

ai sensi dell’articolo 46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

relativamente alle OdV delle quali si avvale come di seguito:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATIVO LOTTO** | **CODICE POSTAZIONE** | **DENOMINAZIONE POSTAZIONE** | **PROVINCIA** | **DENOMINAZIONE ODV** | **C.F. ODV** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. che le informazioni relative ai criteri di affidabilità e capacità tecnico/professionali sotto riportati riguardanti le OdV di cui si avvale corrispondono al vero **(si precisa che i dati dichiarati devono corrispondere a quanto indicato nell’Allegato 2)**:

* ***B2. ADESIONE A RETE ASSOCIATIVA NAZIONALE ART. 41, COMMA 2, CTS.***

Numero di anni di adesione ad una Rete Associativa Nazionale alla data della deliberazione AREU di indizione della procedura.

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione OdV |  |
| Data adesione alla Rete associativa nazionale |  |
| Data cessazione (inserire “OGGI” se ancora in essere) |  |
| Denominazione Rete Nazionale |  |
| Anni di adesione |  |

*(duplicare in caso di necessità)*

* ***B5. PERSONALE CERTIFICATO SOCCORSO SANITARIO EXTRAOSPEDALIERO (SSE)***

Numero operatori certificati SSE (o equipollenti) volontari/dipendenti presenti alla data della deliberazione AREU di indizione della procedura (requisito che rappresenta elemento di solidità a favore dell’attività).

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione OdV |  |
| Numero operatori certificati SSE (o equipollenti) |  |

*(duplicare in caso di necessità)*

1. 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*