

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Ufficio Accordi Contrattuali
vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it

Domanda di partecipazione

Il /la sottoscritto/a
legale rappresentante / Procuratore della struttura

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare per l'iscrizione all'elenco ai sensi dell'art. 8 – quinquies d.lgs. 502/92 per l'individuazione dei soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per l'acquisizione di

prestazioni ambulatoriali di carattere educativo-terapeutico-riabilitativo nel campo dei disturbi dello spettro autistico ai sensi della deliberazione della GP n. 812 del 26.09.2023

per l'ambito territoriale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige **per il biennio 2024-2025**

E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200 versione vigente:
di essere il legale rappresentante della struttura/società

PARTITA IVA.....
Sede legale invia.....n.
Indirizzo posta certificata.....
Indirizzo e-mail

DICHIARA inoltre

- che la struttura/società è in possesso dell'accreditamento istituzionale per rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n.del; e valido sino a (in allegato)
- che la struttura nel Comune di Via n. ha la capacità di erogare in convenzione:
 - o fino a prestazioni ambulatoriali di carattere educativo-terapeutico-riabilitativo annue
- di accettare l'applicazione delle tariffe del nomenclatore tariffario TD-NPIA della delibera della giunta nr. 812 del 26.09.2023;

- di accettare che le strutture con le quali l'Azienda sanitaria sottoscriverà l'accordo contrattuale concorreranno al budget complessivo con le altre strutture individuate e senza limite minimo di prestazioni garantito;
- a garantire una coerente dotazione quantitativa e qualificazione professionale del personale impiegato per rispondere alla necessità dell'Azienda;
- di garantire flessibilità gestionale ed operativa con riferimento particolare all'accessibilità per l'utenza (es. orari d'apertura, aperture di sabato e aperture festive...);
- di assicurare l'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) secondo la normativa vigente e laddove previsto;
- che il personale sanitario e assistenziale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazione di incompatibilità rispetto alla Legge 412/91 e alla Legge 662/1996;
- di essere in possesso o di stipulare prima dell'accordo contrattuale una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi;
- che la struttura nel Comune di ,
Via n.
 - è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
.....
 - dispone di un parcheggio di n. posti
- di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione clinica delle prestazioni erogate in formato elettronico all'Azienda Sanitaria, ai fini dei controlli amministrativo e relativi alla qualità tecnica e medica delle prestazioni eseguite;
- di impegnarsi a presentare, all'atto della sottoscrizione dell'accordo contrattuale, di eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda Sanitaria, ove necessario;
- di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente, pena la risoluzione del contratto;
- di aver preso visione e di accettare tutte le disposizioni dell'Avviso;
- di essere consapevole che il presente Avviso di Manifestazione di Interesse non costituisce necessariamente l'impegno per l'Azienda di instaurare futuri accordi contrattuali.

Allegati:

- a) elenco del personale sanitario in servizio presso la struttura in riferimento all'attività oggetto della domanda indicando data di nascita, codice fiscale, profilo professionale, numero d'iscrizione all'albo di riferimento, tempo di lavoro e settimane lavorative annue (ore settimanali per ciascuna figura professionale);
- b) numeri ambulatori

**Il/La sottoscritto/a,
consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione risponde al vero.
A tal fine allega copia valido di documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.**

Data..... Firma