

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige  
Ufficio Accordi Contrattuali  
[vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it](mailto: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. 502/1992 per l'individuazione dei soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali

**per lo svolgimento dell'attività di tipo terapeutico riabilitativo a carattere estensivo a favore di persone affette da disturbi psichiatrici in una comunità**

per l'ambito territoriale del Comune di Bolzano, Città di Bolzano, per il triennio 2024 - 2026

### E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 e 76 del DPR 445/200 e consapevole della relativa responsabilità in caso di dichiarazione falsa/mendace, versione vigente:

di essere il legale rappresentante della struttura.....

PARTITA IVA.....

Sede legale in .....via.....n.....

Sede della struttura in .....via.....n.....

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail .....

### DICHIARA inoltre

- che la struttura .....  
è in possesso dell'accreditamento istituzionale (in allegato) per .....  
rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n. ....del.....e  
valido fino al .....

- che presso la struttura .....sita a .....  
in via ..... sarà erogato l'attività di cui  
all'Avviso:.....

- di accettare l'applicazione delle tariffe previste dalla normativa vigente ;
- di accettare che l'Azienda Sanitaria non garantisce un limite minimo di invii;

- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell'Azienda Sanitaria;
- che il personale sanitario e assistenziale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazione di incompatibilità rispetto alla Legge 412/1991 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 è raggiungibile con i mezzi pubblici ..... (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile);
- che la Struttura dispone di un parcheggio di n. .... posti;
- 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:**

- 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 e tempo di lavoro;
- copia del decreto di accreditamento.

**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 e 76 del DPR 445/2000 versione vigente.**

Data..... Firma .....