

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

- **Solo per le strutture private accreditate non convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di radiologia:**  
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 nella branca di radiologia**
- **Per le strutture private accreditate convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di radiologia:**  
a partecipare per l'integrazione degli accordi contrattuali per l'acquisizione di **prestazioni ambulatoriali nella branca di radiologia**

per l'ambito territoriale del Comprensorio Sanitario di Merano e del Comprensorio di Bressanone **per il periodo settembre 2024- 31.12.2025**

#### E DICHIARA

**Solo per le strutture private accreditate non convenzionate per l'erogazione di prestazioni di radiologia:**

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 in .....via.....n. ....

Sede operativa in .....via.....n. ....

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail .....

DICHIARA inoltre

**Solo per le strutture private accreditate non convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di radiologia:**

- che la struttura/società .....  
è in possesso dell'accreditamento istituzionale per .....

rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n. ....del .....

valido sino al .....

**Per tutte le strutture private accreditate convenzionate e non convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di radiologia:**

- che la struttura ..... nel Comune di .....  
....., Via ..... n. .... ha la capacità di erogare  
in convenzione le prestazioni ambulatoriali di radiologia:

	Prestazioni	disponibilità / quantità / annua (segnare X)
88.71.4* *88.71.4_2 88.71.4_5 88.71.4_6 88.71.4_7 88.71.4_10	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	<input type="radio"/> fino a 500 <input type="radio"/> fino a 800 <input type="radio"/> fino a 1.000 <input type="radio"/> fino a 2.000 <input type="radio"/> .....(altro)
<b>Prestazioni di completamento diagnostico valutativo</b>		
06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	<input type="radio"/> si eseguono <input type="radio"/> non si eseguono
06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	<input type="radio"/> si eseguono <input type="radio"/> non si eseguono

- di accettare l'applicazione delle tariffe indicate nell'avviso;
- **di accettare che l'attribuzione delle prestazioni annue avverrà dando la precedenza a chi eroga anche le prestazioni correlate 06.11.1/06.11.2 oltre alla zona di ubicazione della Struttura;**
- di accettare che le strutture con le quali l'Azienda sanitaria sottoscriverà/integrerà l'accordo contrattuale concorreranno al budget complessivo con le altre strutture individuate e senza limite minimo di prestazioni garantito;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell'Azienda Sanitaria;
- 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;
- che il personale medico dedicato alle prestazioni convenzionate abbia un'esperienza lavorativa almeno pluriennale;

**Solo per le strutture private accreditate non convenzionate per l'erogazione di prestazioni di radiologia:**

- 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;

**Per tutte le strutture private accreditate convenzionate e non convenzionate:**

- 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, tempo di lavoro, le settimane e le settimane lavorative annue (indicare le ore settimanali per ciascun medico);
- modello organizzativo di erogazione delle prestazioni convenzionate ed eventuale flessibilità (indicare i giorni e l'orario d'apertura);
- caratteristiche tecniche delle apparecchiature tecnologiche se presenti;

- d) del numero delle prestazioni erogate in privato suddivise per cod. nomenclatore, se è possibile altrimenti il numero totale;
- e) numeri ambulatori;
- f) curriculum del personale medico dedicato alle prestazioni convenzionate;
- g) carta d'identità del/della legale rappresentante.

**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 .....