

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'assistenza ospedaliera in regime di ricovero

per l'ambito territoriale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige **per il periodo 01.07.2026-31.12.2028**

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
- che la struttura nel Comune di, Via n. ha la capacità di erogare in convenzione tenendo conto del fabbisogno indicato nell'avviso (*sbarrare la/le casella/e ed indicare i posti letto*):
 - o cod. 26.00: n.
 - o cod. 56.00: n.
 - o cod. 56.00 MDC 17: n.....
 - o cod. 60.00: n.
 - o cod. 75.00: n.
 - o Riabilitazione cardiologica: n.

- di accettare l'applicazione delle tariffe approvate dalla Giunta Provinciale;
- di prendere atto che se il fabbisogno di un comprensorio sanitario non può essere soddisfatto da una struttura privata convenzionata operante nello stesso ambito territoriale, esso può essere coperto da una struttura privata accreditata situata in un comprensorio limitrofo, con priorità per quelli confinanti e, in subordine, per gli altri comprensori;
- 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;
- di essere in possesso o di stipulare prima dell'accordo contrattuale una polizza assicurativa;
- 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 privato di n. posti
 - sono disponibili parcheggi pubblici nelle vicinanze e sono: n..... posti;
- di agevolare l'attività di vigilanza dell'Azienda Sanitaria, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni provinciali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse;
- di impegnarsi a presentare, all'atto della sottoscrizione dell'accordo contrattuale, l'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 dalla 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) copia del decreto di accreditamento;
- b) 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;
- c) offerta di servizi complementari, come il supporto psicologico, le attività di socializzazione per i pazienti.
- d) per ciascuna tipologia di posto letto la quantità erogata in regime privato pagante.

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.

In caso di firma digitale non serve allegare il documento di identità.

Data..... Firma