

**All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale**

Ufficio Mobilità sanitaria, flussi informativi e assistenza indiretta

[uff.mobsan@pec.sabes.it](mailto:uff.mobsan@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 del soggetto accreditato con il quale sottoscrivere l'accordo contrattuale per

**l'erogazione del servizio territoriale ambulatoriale di prevenzione selettiva nell'ambito delle dipendenze patologiche denominato "EXIT" in collaborazione con i SerD dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige**

**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

.....

P.IVA.....

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

Indirizzo posta certificata .....

Indirizzo e-mail .....

- che la struttura ..... è in possesso dell'accreditamento istituzionale per ..... rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n. ....del .....valido fino al.....
- di accettare il finanziamento definito nel presente avviso;
- che il personale che effettuerà le attività 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 di una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi strumenti e personale propri della struttura, nonché di una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi.

- 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;
- di collaborare a stretta integrazione con i SerD di ogni Comprensorio sanitario dell'Azienda sanitaria;
- di aver preso visione e di accettare tutte le disposizioni dell'Avviso;
- di essere consapevole che il presente avviso non costituisce necessariamente l'impegno per l'Azienda di instaurare futuri accordi contrattuali.

**Documentazione da allegare alla domanda:**

- una dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante o procuratore della struttura, nella forma prevista dal DPR 445/2000, che attesti il possesso dei requisiti di cui al punto 3 del presente avviso;
- copia del documento di identità, in corso di validità, e del codice fiscale del legale rappresentante o procuratore;
- copia del decreto di accreditamento;
- un piano economico dei costi monetari riferiti alle prestazioni di cui al punto 1 del presente avviso tenendo conto della somma massima disponibile;
- una relazione illustrativa nella quale siano descritti l'organizzazione, lo svolgimento e le qualifiche degli operatori coinvolti nelle attività di cui al punto 1 del presente avviso;

**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 allegare 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 art. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.**

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