

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

di partecipare all'iscrizione nell'elenco, ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992, per l'individuazione delle strutture private accreditate idonee e interessate alla stipula di un accordo contrattuale per l'erogazione di

pacchetti di prestazioni ambulatoriali per il trattamento dei pazienti oncologici post-operati affetti da linfedema secondario

per l'ambito territoriale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige **per il periodo dal 01.07.2026 al 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 gli ambulatori sotto indicati hanno la capacità di erogare in convenzione pacchetti di prestazioni ambulatoriali per il trattamento dei pazienti oncologici post-operati affetti da linfedema secondario:
 - Bolzano
 - Bressanone
 - Brunico
 - Caldaro c/o distretto socio-sanitario
 - Lana
 - Laives c/o casa parrocchiale
 - Merano

- Rio di Pusteria c/o distretto socio-sanitario
 - Egna
 - Prato allo Stelvio
 - Pederoa c/o distretto socio-sanitario
 - Campo Tures c/o distretto socio-sanitario
 - Silandro
 - Vipiteno
 - Dobbiaco
 - Fiè allo Sciliar
 - Monguelfo
- di disporre di n. fisioterapisti* effettivamente disponibili e n..... ambulatori debitamente attrezzati;
- di articolare gli orari di apertura e avere flessibilità organizzativa, inclusa l'eventuale disponibilità di fasce orarie pomeridiane, serali o prefestive
- di disporre di dispositivi per terapia fisica strumentali (allegare elenco con marca/modello, numero di serie marcatura CE e data di acquisizione);
- di accettare l'applicazione delle tariffe indicate nell'avviso ed il sistema di finanziamento ai sensi della DGP n. 1192 del 30.12.2019;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa pe 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;
- 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 Sanitaria di instaurare futuri accordi contrattuali.

Allegati:

- a) copia del decreto di accreditamento;
- b) elenco del personale sanitario in servizio 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 ciascun fisioterapista);
- c) modello organizzativo di erogazione delle prestazioni convenzionate ed eventuale flessibilità (indicare i giorni e l'orario d'apertura);
- d) caratteristiche tecniche delle apparecchiature tecnologiche e data di acquisizione se presenti;
- e) numeri ambulatori debitamente attrezzati.

**Il/La sottoscritto/a,
consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 nr. 45, 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 artt. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.

In caso di firma digitale il documento non è richiesto.

Data..... Firma