

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Ripartizione prestazioni sanitarie ed assistenza territoriale
hca@pec.sabes.it

Domanda di partecipazione

Il /la sottoscritto/a
legale rappresentante / Procuratore della ODV

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare per l'iscrizione all'elenco ai sensi dell'art. 56 del d.lgs. 117/2017 ss.mm.ii. per l'individuazione di ODV con i quali sottoscrivere convenzioni per il

telefono provinciale per il supporto psicosociale in situazioni di crisi

per l'ambito territoriale della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige **per il triennio 15.11.2023 fino al 14.11.2026**

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 ODV

.....
Sede legale invia.....n.

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail

DICHIARA inoltre

- che la ODV..... nel Comune di, Via n. ha la capacità di erogare in convenzione le seguenti prestazioni:
- **garanzia di un'offerta per il supporto telefonico di 24 ore in situazioni di crisi;**
- **2 turni da 12 ore giornaliero di psicologi esperti in materia;**
- **assunzione degli psicologi per l'espletamento del servizio, tenendo conto della copertura dei turni;**
- **implementazione a livello provinciale di un numero verde e un software (Contact Center), che permette di organizzare in automatico i turni e di inoltrare in automatico le linee telefoniche secondo il piano di turno e al momento del cambio turno;**

- di accettare la proposta del rimborso dei costi indicata nell'avviso;
- di accettare che le ODV con le quali l'Azienda sanitaria sottoscriverà la convenzione 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;
- che il personale 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 della convenzione una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi strumenti e personale propri della ODV, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi;
- di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione delle prestazioni erogate in formato elettronico all'Azienda Sanitaria, ai fini dei controlli amministrativo e tecnici delle prestazioni eseguite;
- di impegnarsi a presentare, all'atto della sottoscrizione della convenzione, 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 convenzioni.

Allegati:

- a) elenco del personale della ODV e delle psicologhe e degli psicologi in riferimento all'attività oggetto della domanda indicando data di nascita, codice fiscale, profilo professionale,
- b) descrizione del modello organizzativo di erogazione del servizio;
- c) caratteristiche tecniche del Call Center;
- d) descrizione delle esperienze fatte negli ultimi due anni in questo settore.

**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