

**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 ODV/ATS

.....

**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 le quali sottoscrivere una convenzione per

**progetto "accompagnatori/trici volontari/e per il sostegno a pazienti e loro accompagnatori presso il Pronto Soccorso degli Ospedali di Bolzano e Merano"**

nella Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige  
**per il biennio 01.08.2024 fino al 31.07.2026**

**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/ATS

.....

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

Indirizzo posta certificata .....

Indirizzo e-mail .....

- 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 un'adeguata offerta in termini di prestazioni e capacità organizzative interne 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 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 future convenzioni.

**e DICHIARA inoltre**

che la ODV/ATS ..... ha la capacità di erogare in convenzione le seguenti prestazioni:

- **accogliere, orientare, accompagnare e assistere i pazienti e relativi accompagnatori all'interno del pronto soccorso**
- **sostenere e supportare nei bisogni "sociali" l'utenza del Pronto Soccorso durante l'attesa attraverso vicinanza umana, cura e attenzione per le preoccupazioni e le esigenze del paziente;**
- **fungere da collegamento tra i sanitari ed il paziente per i bisogni primari (bere, usufruire dei servizi, mangiare) e per eventuali comunicazioni con i parenti all'esterno del Pronto Soccorso;**
- **mitigare il "senso di abbandono" durante l'attesa di esami, fornendo informazioni in merito ai tempi di attesa e rappresentando un punto di contatto con i sanitari per il paziente;**
- **fornire conforto emotivo e permettere l'espressione dei propri sentimenti da parte dei pazienti.**

**Allegati:**

- a)** dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante o procuratore della ODV nella forma prevista dal DPR 445/2000 che attesti il possesso dei requisiti di cui al punto 3 del presente avviso;
- b)** copia del documento di identità, in corso di validità, e codice fiscale del legale rappresentante o procuratore;
- c)** relazione illustrativa che esponga l'esperienza maturata in attività analoghe, nonché le modalità gestionali e organizzative delle attività che si intendono realizzare;
- d)** copia della polizza assicurativa del personale volontario coinvolto.

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

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