

**All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige**

**Ripartizione Acquisti**

Ufficio Acquisti di Servizi

[buyer.services@pec.sabes.it](mailto:buyer.services@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 il progetto

**"animazione per i pazienti pediatrici nei periodi di chiusura scolastica"**

nella Provincia Autonoma di Bolzano  
**per il triennio 30.03.2025 fino al 29.03.2028**

**E DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 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 manifestare il proprio interesse per lo svolgimento del servizio negli ospedali di ..... (indicare Bolzano e/o Bressanone e/o Brunico)
- 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 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:

- **scegliere con accuratezza il materiale necessario allo svolgimento delle attività (qui è opportuno ricordare, infatti, che gli utenti non hanno molte possibilità di movimento, sia a livello strutturale che a livello motorio). Il materiale impiegato nello specifico deve pertanto essere attraente ed interessante, in quanto deve essere in grado di "distrarre" il bambino da particolari malesseri e deve divertire, 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;**
- **Organizzare la presenza nel reparto, in riferimento alle condizioni dei bambini ricoverati, al loro stato di salute e la loro capacità/possibilità di raggiungere la scuola, nonché degli orari e le cadenze delle varie terapie ospedaliere, 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;**
- **Coinvolgere i pazienti informandoli della presenza e della possibilità di giocare.**
- **Costruire una relazione positiva con i genitori che possono approfittare del periodo di gioco per confrontarsi con i medici, riposarsi o partecipare in serenità al gioco.**

**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, max 10 pagine;
- 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 .....