

**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 dell' APS/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 un APS/ODV con la quale sottoscrivere una convenzione per un

**progetto pilota "salute attraverso il movimento" di promozione del movimento e del benessere psico-fisico della popolazione altoatesina**

**E DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 versione vigente:

di essere il legale rappresentante dell' APS/ODV

.....

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

Indirizzo posta certificata .....

Indirizzo e-mail .....

- di essere iscritto da almeno sei mesi nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) e che le finalità e gli obiettivi indicati nel proprio statuto sono coerenti con il progetto pilota;
- di accettare la proposta della somma massima di rimborso indicata nell'avviso;
- 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 dell' APS/ODV, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi (vedi lettera f));
- di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione delle prestazioni erogate in formato elettronico all'Azienda Sanitaria, ai fini dei controlli amministrativi 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 dalla 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 l' APS/ODV ..... ha la capacità di erogare in convenzione le seguenti prestazioni:

- **attività motorie preventive di gruppo (es. ginnastica dolce, yoga, pilates, danza, esercizi di equilibrio e coordinazione) attraverso iniziative di comunità e reti territoriali in almeno 23 comuni altoatesini, tra i quali Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico, San Candido, Silandro, Vipiteno, Laives ed Egna;**
- **eventuali conferenze su tematiche relative all'attività fisica e all'alimentazione;**
- **sensibilizzazione tramite stampa, media digitali e canali social sulle attività proposte.**

**Allegati:**

- a)** una dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante o procuratore dell'ODV/APS, 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 del codice fiscale del legale rappresentante o procuratore;
- c)** un progetto illustrativo nel quale siano descritti l'organizzazione, lo svolgimento e le qualifiche degli operatori coinvolti nelle attività da realizzare;
- d)** una relazione che descriva l'esperienza maturata in attività analoghe;
- e)** un piano di finanziamento relativo alle attività proposte nel progetto, tenendo conto della somma massima disponibile;
- f)** dichiarazione di impegno a stipulare, per lo svolgimento di tutte le attività oggetto della convenzione da stipulare, ivi comprese quelle realizzate con il coinvolgimento di volontari, collaboratori, operatori e altri soggetti comunque impiegati nell'attuazione delle attività, a tutela degli stessi e per la responsabilità civile verso terzi (art. 18 del d.lgs. 117/2017 ss.mm.ii.), un'adeguata polizza assicurativa.

**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 di documento di identità valido ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.**

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