

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

Domanda di partecipazione

Il /la sottoscritto/a

.....,

legale rappresentante / Procuratore dell' ETS

.....

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare per l'iscrizione all'elenco ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 117/2017 ss.mm.ii. per l'avvio di un procedimento di co-progettazione con Enti del Terzo Settore (ETS) finalizzato alla realizzazione del progetto

Implementazione e consolidamento della figura del Facilitatore di Recovery (EX-IN) nel Servizio psichiatrico dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

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' ETS

.....

Sede legale invia.....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 di cui in oggetto;
- di assicurare un'adeguata capacità organizzativa interna 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 stipulare una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda. 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 amministrativi e tecnici delle prestazioni eseguite;

- 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 non costituisce necessariamente l'impegno per l'Azienda di instaurare future convenzioni.

e DICHIARA inoltre

che l' ETS ha la capacità di erogare le seguenti prestazioni:

- attività di peer-working support individuale;
- realizzazione e conduzione di gruppi e laboratori;
- partecipazione alle équipes multidisciplinari, nel rispetto dei ruoli;
- attività di sensibilizzazione e promozione;
- supporto nelle attività quotidiane e di inclusione sociale;
- supervisione e formazione continua degli operatori.

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)** una proposta progettuale nella quale siano descritti l'organizzazione, lo svolgimento e le attività di cui al punto 1 che si intendono realizzare;
- d)** una relazione che descriva l'esperienza maturata in attività analoghe.

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