

**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/APS

.....

**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/APS con le quali sottoscrivere una convenzione per attività di

**supporto psicosociale, orientamento e accompagnamento rivolte a pazienti e familiari in accesso ai Pronto Soccorso degli Ospedali di Bolzano e Merano 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 della ODV/APS

.....

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 le attività di cui in oggetto;
- 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;

- 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 la ODV/APS ..... 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 4 del presente avviso;
- b)** copia del documento di identità, in corso di validità, e codice fiscale del legale rappresentante o procuratore;
- c)** una relazione che descriva l'esperienza maturata in attività analoghe;
- d)** 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 allegare 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 .....