

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,

ovvero dell'aggregazione di Enti del Terzo Settore composta da

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare alla procedura per l'individuazione di un Ente o aggregazione di Enti del Terzo Settore interessati alla co-progettazione e alla successiva realizzazione di interventi di prevenzione primaria e promozione della salute nell'ambito della prevenzione delle dipendenze, dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nonché della prevenzione del suicidio

E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni

di essere il legale rappresentante dell' ETS / Procuratore dell' ETS,

Sede legale invia.....n.

Codice fiscale:

Indirizzo posta certificata:

Indirizzo e-mail:

- di essere iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda;
- che le finalità e le attività previste dallo statuto dell'Ente sono coerenti con gli ambiti di intervento oggetto dell'Avviso;
- di possedere esperienza documentata negli ambiti oggetto della procedura;
- di garantire adeguata capacità organizzativa, professionale e territoriale per la realizzazione degli interventi;
- di garantire lo svolgimento delle attività in lingua italiana e tedesca;
- che il personale impiegato non si trova in situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

- di impegnarsi a stipulare adeguata copertura assicurativa per le attività svolte e per la responsabilità civile verso terzi;
- di non aver riportato condanne definitive che comportino l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne integralmente i contenuti;
- di essere consapevole che la presentazione della presente domanda non comporta alcun diritto alla stipula di convenzioni con l'Azienda Sanitaria.

e DICHIARA inoltre

che l'Ente / l'aggregazione di Enti dispone delle competenze e delle risorse necessarie per la realizzazione delle attività previste nelle seguenti linee di intervento:

- **LINEA 1 -**
Prevenzione delle dipendenze da sostanze e delle dipendenze comportamentali
☐ SI
- **LINEA 2 -**
Prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
☐ SI
- **LINEA 3 -**
Prevenzione del suicidio e promozione della salute mentale
☐ SI

e presenta la propria candidatura unitariamente per tutte le linee di intervento previste dall'Avviso.

IN CASO DI AGGREGAZIONE DI ETS:

Ente capofila:

.....

Enti aderenti:

.....

Allegati:

- a)** Dichiarazione sostitutiva attestante il possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso;
- b)** Copia del documento di identità del legale rappresentante;
- c)** Relazione illustrativa delle competenze e delle esperienze maturate;
- d)** Progetto preliminare riferito alle tre linee di intervento;
- e)** Piano dei costi delle attività proposte;
- f)** (Eventuale) documentazione relativa all'aggregazione degli Enti.

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 del legale rappresentante