

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Ufficio Accordi Contrattuali
vertragsabkommen.accordicontrattuali@pec.sabes.it

Domanda di partecipazione

Il /la sottoscritto/a
legale rappresentante / Procuratore della struttura

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare per l'iscrizione all'elenco ai sensi dell'art. 8 – quinquies d.lgs. 502/92 per
l'individuazione dei soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali
per
le cure intermedie

per l'ambito territoriale del Comprensorio Sani-tario di Bolzano – Città di Bolzano per il **periodo 15.10.2025
– 31.12.2026** .

E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200 versione vigente:

di essere il legale rappresentante della struttura/società
.....

PARTITA IVA.....

Sede legale invia.....n.

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail

DICHIARA inoltre

- che la struttura/società
è in possesso dell'accreditamento istituzionale per
rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n.del
- che la struttura nel Comune di,
Via n. ha la capacità di erogare in convenzione (*indicare i posti letto compresi quelli eventualmente già convenzionati*):
 - o letti per cure intermedie: n.
- che la struttura/società
è in possesso dell'accreditamento istituzionale per
rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n.del

- di accettare l'applicazione delle tariffe approvate dalla Giunta Provinciale;
- di accettare che le strutture con le quali l'Azienda sanitaria sottoscriverà l'accordo contrattuale concorreranno al budget complessivo con le altre strutture individuate e senza limite minimo di prestazioni garantito;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell'Azienda Sanitaria;
- di assicurare l'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) secondo la normativa vigente e laddove previsto;
- che il personale sanitario e assistenziale 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 dell'accordo contrattuale una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi;
- che la struttura nel Comune di
, Via n.
 - è raggiungibile con i seguenti mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile)
.....
 - dispone di un parcheggio di n. posti
- di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione clinica delle prestazioni erogate in formato elettronico all'Azienda Sanitaria, ai fini dei controlli amministrativo e relativi alla qualità tecnica e medica delle prestazioni eseguite;
- di impegnarsi a presentare, all'atto della sottoscrizione dell'accordo contrattuale, di 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 futuri accordi contrattuali.

Allegati:

- elenco del personale sanitario in servizio presso la struttura in riferimento all'attività oggetto della domanda indicando data di nascita, codice fiscale, profilo professionale, numero d'iscrizione all'albo di riferimento;
- modello organizzativo di erogazione delle prestazioni convenzionate ed eventuale flessibilità;
- caratteristiche tecniche delle apparecchiature tecnologiche se presenti;
- del numero delle prestazioni erogate in privato suddivise per cod. posto letto;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

**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 artt. 38, 45 e 46 del DPR 445/2000 versione vigente.

Data..... Firma