

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. 502/1992 per l'individuazione dei soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali

per l'erogazione del trattamento terapeutico riabilitativo semiresidenziale e residenziale a carattere estensivo a favore di persone con disturbi del comportamento alimentare

per l'ambito territoriale del Comprensorio Sanitario di Bolzano, per il periodo dal 01.12.2025 al 31.12.2028

E DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 e 76 del DPR 445/200 e consapevole della relativa responsabilità in caso di dichiarazione falsa/mendace, versione vigente:

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

PARTITA IVA.....

Sede legale invia.....n.....

Sede della struttura invia.....n.....

Indirizzo posta certificata.....

Indirizzo e-mail

DICHIARA inoltre

- che la struttura è in possesso dell'accreditamento istituzionale (in allegato) per rilasciato dalla Provincia Autonoma di Bolzano con decreto n.del.....e valido fino al
- che presso la strutturasita a in via sarà erogato l'attività di cui all'Avviso:
- di accettare l'applicazione delle tariffe previste dalla normativa vigente;
- di accettare che l'Azienda Sanitaria non garantisce un limite minimo di invii;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alle necessità dell'Azienda Sanitaria;

- che il personale sanitario e assistenziale che effettuerà le prestazioni oggetto del presente avviso non si trovi in situazione di incompatibilità rispetto alla Legge 412/1991 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 è raggiungibile con i mezzi pubblici (indicare quali numeri e se facilmente raggiungibile);
- che la Struttura dispone di un parcheggio di n. posti;
- 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 della 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:

- a) 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 e tempo di lavoro;
- b) copia del decreto di accreditamento;
- c) carta d'identità del/della legale rappresentante.

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 e 76 del DPR 445/2000 versione vigente.

Data..... Firma