

Allegato - AVVISO PER LA STIPULA DI RAPPORTI DI CONVENZIONE PER CONSENTIRE LA PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E LA RISCOSSIONE DELLA QUOTA TICKET DA PARTE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE DELLA PROVINCIA DI VIBO VALENTIA (ASSOCUP)

Spett.le

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo
Valentia
Via Dante Alighieri, 67
89900 – Vibo Valentia
PEC: aspvibovalentia@pec.it

Oggetto: ASSOCUP - Procedura di selezione per la stipula di convenzione per consentire la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la riscossione della quota ticket da parte degli enti del terzo settore della provincia di vibo valentia

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (____) in data ___/___/_____, Cod. Fiscale _____
_____, residente a _____
(____) in Via/Piazza _____ nr _____ cellulare _____
_____ email _____ in qualità
di legale rappresentante dell'Ente denominato _____
_____ avente sede legale a _____
_____ (____) in Via/Piazza _____
nr _____ e sede operativa a _____ (____) in Via/Piazza _____
_____ nr _____, Codice Fiscale / P.IVA _____
_____ PEC _____ e-mail _____

CHIEDE

Di partecipare alla procedura di selezione per la stipula di convenzione per consentire la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la riscossione della quota ticket da parte degli enti del terzo settore della provincia di vibo valentia.

A tal proposito ai sensi e per gli effetti degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Che l'Ente rappresentato ha le seguenti sezioni territoriali:

1. _____
2. _____
3. _____

DICHIARA altresì

- di possedere idoneità morale e professionale a stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione, ovvero, la mancanza di motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
- di essere iscritti al RUNTS (L.R. n° 33/2012 e smi e D.lgs. 117/2017 e smi);
- di avere Sede legale nella provincia di Vibo Valentia
- di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica, per tutti i soggetti che hanno una posizione INAIL o INPS attiva;
- di essere in regola con la copertura assicurativa obbligatoria prevista dall'art. 18 del D.lgs. 117/2017 e s.m.i.;
- di essere in regola con l'applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro;
- di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;
- di non avere alcun conflitto di interesse del legale rappresentante, associati, dipendenti con poteri decisionali nel presente procedimento;
- di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o di non aver conferito incarichi a ex-dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia (nel triennio successivo alla cessazione del rapporto) che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, nei confronti del Soggetto interessato al presente Avviso negli ultimi due anni di servizio;
- di insussistenza di condanne penali riferiti al/i legale/i rappresentante/i e ai componenti degli organismi di direzione dell'Ente;
- di essere a conoscenza che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate dal Proponente in sede di domanda e/o, comunque, nel corso della procedura, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente;
- di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, delle eventuali ulteriori dichiarazioni rilasciate, comporterà l'applicazione delle sanzioni e la revoca della Convenzione;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, del D.Lgs. n. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche in virtù di quanto espressamente specificato nell'Avviso;
- di non trovarsi in alcuna situazione tale da poter essere escluso dalla procedura di cui al presente Avviso;
- di non avere contenziosi in atto, e comunque nei due anni precedenti alla pubblicazione del presente avviso, con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.
- di essere in possesso, a qualunque titolo, di locali idonei allo svolgimento dell'attività.

Che alla presente richiesta sono allegati i seguenti documenti:

- **Allegato 1** - Esaustiva e completa relazione tecnica-organizzativa sulle modalità di gestione ed organizzazione del servizio da svolgere, indicazione del valore aggiunto all'attività nonché le modalità con cui verrà gestito il personale operante
- **Allegato 2** - Certificato comprovante l'iscrizione al RUNTS o a registro equivalente nelle more di iscrizione al RUNTS.
- **Allegato 3** - AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011) Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445).
- **Allegato 4** – Documentazione comprovante l'effettiva disponibilità della sede nella quale si intende svolgere l'attività.

Luogo, Data _____

Firma e timbro
