

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 DELLE PARAFARMACIE NELLA PROVINCIA DI VIBO VALENTIA – PARFARM CUP

Spett.le

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

Oggetto: Parafarmacie CUP - avviso per la stipula di rapporti di convenzione per consentire la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la riscossione della quota ticket da parte delle parafarmacie nella 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 titolare della Parafarmacia _____ 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 per la stipula di convenzione per consentire la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la riscossione della quota ticket da parte delle Parafarmacie 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

- 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 avere in corso un rapporto di convenzione stipulato con l'ASP di Vibo Valentia per la gestione/fornitura di presidi alimentari ecc. stipulato da almeno da sei mesi alla data della pubblicazione del presente avviso;
- 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 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. Lg. 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 è allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Luogo, Data _____

Firma e timbro
