

All’Azienda Usl Toscana Sud Est
U.O.C. Strutture sanitarie pubbliche, Private accreditate e
Trasporti sanitari
Via Calamandrei, n. 173
52100 - Arezzo

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a Legale rappresentante di
....., presa visione dell’Avviso di Manifestazione di Interesse, emesso
da codesta Azienda per l’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordo contrattuale per l’esecuzione di
prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l’individuazione di anticorpi anti - HCV – ambiti
provinciali Arezzo, Siena e Grosseto

MANIFESTA L’INTERESSE A PARTECIPARE AL MEDESIMO AVVISO

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni false,

D I C H I A R A

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, come modificati dalla L.
183/2011:

di essere il Legale rappresentante della Associazione di Volontariato/Comitato Croce Rossa Italiana di
.....,

partita IVA

sede legale in via..... n

sede operativa in via..... n

indirizzo di posta certificata

indirizzo e-mail per comunicazioni inerenti il servizio di cui al presente avviso:

.....

telefono da contattare in riferimento alla presente domanda

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l’Amministrazione da
responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

DICHIARA inoltre

che la struttura è in possesso di Iscrizione nell'elenco regionale di cui all'art. 76 quinquies della LRT n. 40 /2005 - associazioni facenti parte del sistema sanitario emergenza urgenza

che le prestazioni inerenti il test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV saranno erogate per l'ambito territoriale di (indicare per quale ambito/i è la vostra disponibilità e specificare eventuali zone):

di garantire che il servizio sia effettuato secondo le modalità riportate nel paragrafo 3 dell'avviso;

di garantire che l'erogazione delle prestazioni sarà effettuata a cura di personale con idoneo profilo professionale;

di garantire che i professionisti si attengono nell'esecuzione del test a quanto previsto dalla DGRT 1538 del 27/12/2022 e relativi allegati, oltre che ad ogni ulteriore IO o procedura o indicazione data dalla AUSL Toscana Sud Est;

di accettare l'applicazione della tariffa di € 4,00 per soggetto sottoposto a screening ed inserito nella piattaforma *#screeningHCV*;

di accettare che saranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate e registrate in App;

di poter assicurare il servizio per n. giorni settimanali, specificare la fascia oraria:
specificare quali giorni sett.li:, fermo restando che la programmazione effettiva del servizio sarà poi concordata con l'AUSL Toscana Sud Est secondo le esigenze da questa rilevate (compilare con le specifiche della propria disponibilità);

di garantire gli adempimenti amministrativi di accettazione dell'utente con l'inserimento, sull'App *#screeningHCV*, dei dati relativi a nome, cognome, codice fiscale, data nascita oltre agli altri dati richiesti;

di garantire che saranno tempestivamente comunicate alla AUSL Toscana Sud Est le sedi, le date e gli orari delle postazioni di erogazione del servizio che verranno attivate, nonché ogni loro eventuale variazione;

che il personale sanitario e assistenziale impegnato nelle attività oggetto dell'avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91 e 662/96;

di assicurare l'applicazione di protocolli, nonché disposizioni, fornite dall'Azienda USL Sud Est per lo svolgimento delle attività oggetto dell'avviso e/o in materia di sicurezza e sanificazione;

di garantire la rendicontazione delle prestazioni effettuate quotidianamente con le modalità richieste dall'Azienda USL Toscana Sud Est ed eventualmente l'utilizzo di procedure informatiche in connessione con l'Azienda, se da questa richiesto;

di garantire l'effettuazione del test immunologico rapido sierologico per l'individuazione di anticorpi anti - HCV secondo le modalità organizzative che saranno concordate con l'Azienda;

di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti all'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, (o in alternativa: di impegnarsi all'immediata stipula);

di aver preso visione di tutte le disposizioni dell'avviso e d'impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dall'Azienda USL Toscana Sud Est, ove necessario;

l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;

di essere consapevole che l'Avviso di Manifestazione di Interesse emesso dall'Azienda USL Toscana Sud Est non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali.

Allegare breve relazione con descrizione delle modalità organizzative e protocollo di sicurezza/sanificazione.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità e che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'Avviso sono conformi all'originale in suo possesso. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data

Firma

la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata