****

**ALLEGATO A**

Spett. le Ausl Toscana Sud Est

Via Piero Calamandrei, 173

52100 Arezzo

**RACCOMANDATA A/R**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO A MANIFESTARE L’INTERESSE RIVOLTO A STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE INTERESSATE ALLA SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI CONTRATTUALI AI SENSI  DELL’ART. 8 QUINQUIES  DEL D.LGS. 502/92  E S.M.I. PER ATTIVITA’ DI SPECIALE UNITA’ DI ACCOGLIENZA PERMANENTE (SUAP)**

*(Deliberazione del Direttore Generale n. 0000403 del 17.04.2024)*

Il sottoscritto ……………………………… nato il ………………….. a ………………….., Codice fiscale ……………………………………., in qualità di Legale rappresentante della Struttura Privata Accreditata ………………………………………….…………………………………………………………………………………...

con sede legale in ………………………………………………….. Via ……………………………………………..

con sede di erogazione in …………………………………………… Via …………………………………………….

partita Iva-Codice fiscale ……………………………………………

tel. ……………………………………………………………............

e-mail ………………………………………………………………...

pec ……………………………………………………………………

In possesso della seguente documentazione che deve essere posseduta alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della Manifestazione di Interesse:

* Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie rilasciata dal Comune di ……...…………, in data ………….., per Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) - (Allegato);
* Accreditamento Istituzionale rilasciato da Regione Toscana in data ………………, numero ………………, per Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) - (Allegato);
* Visura camerale aggiornata alla data del ………………………………….……...………………………. (Allegato);
* Attestazione del possesso requisiti previsti dall’Allegato A alla Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, da rendere tramite apposita dichiarazione presentata alla Regione Toscana, entro il 31 gennaio 2024 – (Allegato);

quale Soggetto proponente la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

**PRESO ATTO**

delle condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti dall’Avviso di cui alla Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 0000403 del 17.04.2024, esecutiva ai sensi di legge, pubblicato integralmente all’Albo pretorio e sul sito aziendale di Ausl Toscana Sud Est e, per estratto, su Bollettino Ufficiale Regione Toscana;

**MANIFESTA**

la disponibilità alla stipula di eventuale Accordo contrattuale ai sensi dell’art. 8  quinquies del  Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., con Ausl Toscana Sud Est finalizzato all’erogazione in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale di **ATTIVITA’ DI SPECIALE UNITA’ DI ACCOGLIENZA PERMANENTE (SUAP).**

A tal fine dichiara quanto segue (*si prega barrare espressamente la casella*):

di aver preso visione del Capitolato tecnico posto a base del presente Avviso e di condividerne i contenuti organizzativi ed economici.

**Ambito di operatività** *(indicare l’ambito zonale in cui la Struttura privata-accreditata ha la propria operativa):*

Zona Colline dell'Albegna.

Zona Colline Metallifere

Zona Amiata Grossetana

Zona Grossetana.

**Attività svolta e risultati raggiunti nel biennio 2022/2023**

Allegare sintetico prospetto circa i volumi di attività erogata in regime privatistico ed i relativi volumi economici, per gli anni 2022/2023.

**Proposta organizzativa**

Proposta organizzativa per l’attività oggetto di collaborazione, declinata secondo i seguenti aspetti: strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici (Allegare relazione);

La Struttura privata accreditata dichiara che, per capacità produttiva, è in grado di garantire il soddisfacimento di quanto manifestato nella proposta organizzativa, assicurando idonea capacità economico-finarziaria e capacità tecnico-professionale.

**Sicurezza, appropriatezza, qualità**

Allegare prospetto **A1** compilato, desunto dall’Allegato B della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, allegando ad esso il *Fac simile* del Sistema di Reporting and Learning ed il *Fac simile* del Piano di Miglioramento della Struttura;

**Risorse di personale**

Allegare elenco nominativo del personale impegnato nello svolgimento del servizio, indicando, per ciascuno di essi, il codice fiscale, il titolo di studio, l’abilitazione ove prevista dalla normativa vigente, la qualifica, l’impegno orario settimanale, il tipo di contratto applicato;

Gli operatori impiegati nello svolgimento del servizio sono in regola con i corsi di formazione e aggiornamento obbligatori previsti dalla normativa vigente in materia di crediti formativi, con particolare riferimento a quelli acquisiti per l’aggiornamento/mantenimento delle competenze tecnico-professionali necessarie allo svolgimento delle attività messe a bando;

Osservanza della normativa nazionale vigente in materia di sicurezza sul lavoro;

Osservanza del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro vigente per la Sanità privata;

Assenza di sanitari o di altro personale in situazione di incompatibilità rispetto alle Leggi 412/91 e 662/96 (personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale) oppure in condizioni di incompatibilità ai sensi dell’art. 53, comma, 16-ter del D. Lgs. vo n. 165/2001 per il personale posto in quiescenza dall’Azienda Usl Toscana Sud Est negli ultimi 3 anni.

**Dotazioni tecnologiche**

Elenco numero di posti letto e relative caratteristiche, con impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto per almeno il 50% dei posti letto (Allegare elenco);

Elenco apparecchiature sanitarie in dotazione e relativa vetustà (Allegare elenco);

La strumentazione è sottoposta a corretta e regolare manutenzione preventiva, ordinaria e straordinaria;

Forma di garanzia prescelta per l’attività sanitaria oggetto del presente Avviso …………………………………

Essere informato che i dati forniti verranno trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (RGPD), esclusivamente per le finalità connesse all’espletamento degli adempimenti conseguenti all’Avviso pubblico in oggetto.

**ALLEGATI**

1. Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie
2. Decreto di Accreditamento istituzionale
3. Visura camerale aggiornata alla data di presentazione della domanda
4. Attestazione circa il possesso requisiti previsti dall’Allegato A alla Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, da rendere tramite apposita dichiarazione presentata alla Regione Toscana, entro il 31 gennaio 2024;
5. Sintetico prospetto circa i volumi di attività erogata in regime privatistico ed i relativi volumi economici, per gli anni 2022/2023
6. Proposta organizzativa per l’attività oggetto di collaborazione, declinata secondo i seguenti aspetti: strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici
7. Prospetto allegato alla domanda di adesione (**Allegato A1**), allegando i seguenti documenti;
   1. *Fac simile* Sistema di Reporting and Learning
   2. *Fac simile* Piano di Miglioramento della Struttura
8. Elenco nominativo del personale impegnato
9. Elenco numero posti letto e relative caratteristiche, con impianto di erogazione ossigeno e prese vuoto per almeno il 50% dei posti letto
10. Elenco apparecchiature sanitarie in dotazione e relativa vetustà

Chiedo che ogni comunicazione inerente il presente procedimento sia inviata al seguente indirizzo:

via..........................................................................................................................n........ città...............................................

prov............. c.a.p....................... cellulare..................................................... telefono fisso.................................................

e-mail............................................................... pec................................................................................................................

Luogo ……………….., data, …………………

Firma del Legale rappresentante e Timbro della Struttura

…………………………………..

*n.b.: la presente manifestazione di interesse deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.*