

Al Direttore Zona Distretto  
Amiata grossetana, colline metallifere, grossetana  
Dr. Fabrizio Boldrini  
Azienda Usl Toscana Sud

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante della  
OdV/Aps \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_.

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

### DICHIARA

- di essere interessato all'avviso pubblico per la manifestazione di interesse da parte di Organizzazioni di volontariato /Enti Terzo settore per la realizzazione dell'attività di assistenza nell'ambito della rete cure palliative pubblicato dall'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sud Est – Zona Distretto Area Grossetana Colline Metallifere Grossetana sul sito della stessa Azienda;
- di essere regolarmente iscritta nel relativo Registro Regionale del Volontariato/Registro Regionale delle associazioni di promozione sociale o altri organismi similari da almeno sei mesi e non ha procedure di cancellazione in corso. L'iscrizione è condizione sia per la partecipazione sia per la stipula del contratto sia per la prosecuzione del rapporto contrattuale. Pertanto, qualora l'associazione fosse cancellata dall'albo non si darà luogo alla stipula del contratto, ove la stessa risulti affidataria (ai sensi dell'art.101 comma 2 del d.lgs. n. 117/2017, fino all'operatività del Registro unico nazionale del Terzo settore, continuano ad applicarsi le norme previgenti ai fini e per gli effetti derivanti dall'iscrizione degli enti nei Registri Onlus, Organizzazioni di Volontariato, Associazioni di promozioni sociale e Imprese sociali.);
- di avere tra i propri fini statutari l'assistenza in cure palliative;
- di aver maturato documentata e databile esperienza pari ad \_\_\_\_\_ mesi/anni di svolgimento continuativo di servizi o attività analoghe a quelle oggetto del presente avviso, per amministrazioni pubbliche, negli ultimi cinque (5) anni;
- di non trovarsi in nessuna delle condizioni preclusive previste dall'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e smi;
- di avvalersi di professionisti di comprovata professionalità ed esperienza nel settore specifico o settori analoghi;
- di essere ottemperante a tutte le prescrizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e di tutte le disposizioni di legge relativamente all'impiego di volontari secondo quanto specificato dall'art.18 del d.lgs 117/2017;
- di aver preso visione e accetta integralmente quanto indicato nell'avviso per la manifestazione di interesse in oggetto ed è in possesso di tutti i requisiti ivi elencati.

All.1 Domanda di partecipazione

di accettare che ogni comunicazione relativa alla procedura di cui trattasi, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante assume ogni rischio) PEC: \_\_\_\_\_;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella eventuale documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di autorizzarne il trattamento

Ai fini della valutazione della presente istanza dichiara:

Numero di iscritti alla data di presentazione del presente bando:

Numero volontari: \_\_\_\_\_

Numero di operatori con laurea in scienze infermieristiche: \_\_\_\_\_

Numero di operatori con laurea in psicologia: \_\_\_\_\_

Esperienza maturata nello svolgimento di attività nel settore delle cure palliative, con pubbliche amministrazioni:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Numero di volontari e operatori con formazione professionale specifica nel settore delle cure palliative, documentata da attestati di partecipazione a corsi svolti a livello locale, regionale, nazionale:

a) volontari: nr. \_\_\_\_\_

b) operatori con laurea in scienze infermieristiche: nr. \_\_\_\_\_

c) operatori con laurea in psicologia: nr. \_\_\_\_\_

altre eventuali dichiarazioni utili ai fini della valutazione:

---

---

---

All.1 Domanda di partecipazione

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma digitale o autografa con copia  
allegata di valido documento di identità)