**ALLEGATO 01**

**Spett. le Ausl Toscana Sud Est**

**via Piero Calamandrei, 173**

**52100 Arezzo**

***ausltoscanasudest@postacert.toscana.it***

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER 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 CHIRURGIA AMBULATORIALE**

***(Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 1026 del 16 ottobre 2024)***

**DOMANDA DI ADESIONE**

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. …………………………………………………………….................

pec …………………………………………………………………………….

e-mail ………………………………………………………………..........

**PRESO ATTO**

delle condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti dall’Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione del Direttore Generale Ausl Toscana Sud Est n. 1026 del 16 ottobre 2024, esecutiva ai sensi di legge, pubblicato integralmente all’Albo pretorio e sul sito aziendale di Ausl Toscana Sud Est;

**MANIFESTA**

la disponibilità alla stipula di eventuale Accordo contrattuale ai sensi dell’art. 8  quinquies del  D.Lgs 502/92 e s.m.i. con Ausl Toscana Sud Est finalizzato all’erogazione in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale di **PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE.**

A tal fine, in conformità alle disposizioni di cui agli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale e della decadenza dai benefici cui può andare incontro per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, come stabilito dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

(*si prega barrare espressamente la casella*):

di essere in possesso di seguenti Requisiti soggettivi di Partecipazione:

1. **Requisiti di ordine generale**

Autorizzazione all’esercizio di attività sanitarie inerente le prestazioni poste a bando, rilasciato dal Comune territorialmente competente, ai sensi dell’art. 3 della Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, posseduto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della Manifestazione di Interesse (Indicare estremi dell’atto, ossia numero e data di adozione, integrando l’informazione richiesta con il documento allegato);

N. atto …………………… Data atto ……………………..(*da allegare*)

Accreditamento istituzionale inerente le prestazioni poste a bando, rilasciato con decreto di Regione Toscana, in corso di validità, ai sensi dell’art. 29 della Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, posseduto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della Manifestazione di Interesse (Indicare estremi dell’atto, ossia numero e data di adozione, integrando l’informazione richiesta con il documento allegato);

N. atto …………………… Data atto …………………….. (*da allegare*)

Attestazione del possesso dei requisiti previsti dall'Allegato A della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, come verificato dal Gruppo di Valutazione regionale – Allegare il Rapporto di Verifica Accreditamento (Informazione da rendere con documentazione allegata);

Data atto …………………….. (*da allegare*)

1. **Requisiti di ordine speciale**

Idoneità professionale: iscrizione nel Registro delle imprese presso la competente Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura, con indicazione della data di iscrizione e con oggetto sociale inerente la tipologia del presente Avviso pubblico (Informazione da rendere come autocertificazione):

Data di iscrizione ………………………. Oggetto sociale coerente con l’ambito dell’Avviso ……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Capacità tecniche e professionali: dette capacità sono già attestate dal possesso dei Requisiti di ordine generale, relativi rispettivamente all’autorizzazione all’esercizio e all’accreditamento istituzionale, per le attività sanitarie oggetto del presente Avviso;

Capacità economica a finanziaria: dichiarazione concernente il fatturato globale d'impresa e l'importo relativo ai servizi nel settore oggetto del presente Avviso, realizzati negli ultimi tre esercizi 2021/2022/2023 (Informazione da rendere come autocertificazione);

**2021**

Fatturato globale d’impresa: ……………………………………………………………………….

Importo dei servizi oggetto dell’Avviso: ………………………………………………………

**2022**

Fatturato globale d’impresa: ……………………………………………………………………..

Importo dei servizi oggetto dell’Avviso: …………………………………………………….

**2023**

Fatturato globale d’impresa: ……………………………………………………………………..

Importo dei servizi oggetto dell’Avviso: …………………………………………………….

di disporre di una sede operativa all’interno del territorio di competenza di Azienda Usl Toscana Sud Est che sia autorizzata al funzionamento ed in possesso di accreditamento istituzionale per il processo ambulatoriale e chirurgico;

di aver preso visione e di accettare, senza condizioni o riserva alcuna, l’integrale contenuto dell’Avviso in oggetto e delle disposizioni di riferimento;

che intende operare nei seguenti ambiti zonali in cui si articola il territorio di competenza di Azienda Usl Toscana Sud Est:

Zona Aretina.

Zona Casentino.

Zona Valdarno.

Zona Valdichiana Aretina.

Zona Valtiberina.

Zona Amiata Grossetana

Zona Colline dell'Albegna.

Colline Metallifere

Zona Grossetana.

Zona Valdichiana Senese

Zona Alta Val d’Elsa

Zona Amiata Val d’Orcia

Zona Senese

di essere informato che i dati forniti nell’ambito della presente manifestazione di interesse 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.

**ALLEGA**

lo schema di **Proposta organizzativa** (Allegato 01-a), debitamente compilato in ogni sua parte, nella forma di autocertificazione;

lo schema di **Sistema di Verifica della Qualità** (Allegato 01-b), debitamente compilato in ogni sua parte, nella forma di autocertificazione, e corredato degli allegati richiesti;

**CHIEDE**

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

via......................................... n... città.................................. cellulare........................ telefono .......................... email............................................................................. pec.................................................................................

**CONSAPEVOLE**

che il plico della manifestazione di interesse, contenuto in un unico file pdf complessivo, comprensivo della Domanda di Adesione ed i relativi allegati, dovrà pervenire, a pena di esclusione, zippato con password e non dovrà essere allegata o riportata la password di decriptazione;

**SI IMPEGNA**

solo dopo la scadenza del termine per la presentazione delle domande, e tassativamente entro 3 giorni lavorativi da tale termine, ad inviare ad Azienda Usl Toscana Sud Est la password di decriptazione all’indirizzo: *alessandro.bondi@uslsudest.toscana.it*, inviando contestualmente in formato excel copia identica della **Proposta organizzativa** e del **Sistema di Verifica della Qualità**.

Firma digitale del Legale rappresentante e

Timbro della Struttura

…………………………………..

Luogo ……………….., data, …………………