

**Modalità di presentazione dell'istanza per la partecipazione all'AVVISO PUBBLICO PER IL GESTIONE DEL TRASPORTO SANITARIO ORDINARIO (SEMPLICE) RESO AI PAZIENTI, DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI, IN DIMISSIONE VERSO IL PROPRIO DOMICILIO E TRASPORTO DI MATERIALE BIOLOGICO.**

**Al Direttore Generale  
Dell'Azienda Ospedaliera di Terni  
Via Tristano da Joannuccio, 1  
05100 Terni**

**Oggetto: domanda di partecipazione all'avviso per la gestione del trasporto sanitario ordinario(semplICE) reso ai pazienti, dell'Azienda Ospedaliera di Terni, in dimissione verso il proprio domicilio.**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**Il qualità di legale rappresentante dell'Associazione di Volontariato/Croce Rossa Italiana/Istituzione-Organismo senza scopo di lucro** \_\_\_\_\_

**Con sede in** \_\_\_\_\_ **Prov. (\_\_\_\_)**

**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

**P.IVA** \_\_\_\_\_

#### **FORMULA ISTANZA**

A codesta Amministrazione al fine di proporre la candidatura della scrivente

\_\_\_\_\_ per l'erogazione del servizio di trasporto sanitario semplice di pazienti dell'Azienda Ospedaliera di Terni, in dimissione presso il proprio domicilio e trasporto di materiale biologico.

A tal fine il/la sottoscritto/ta,

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità penale nel quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci ivi indicate e falsità di atti.

**DICHIARA E ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**1) la disponibilità ad effettuare il trasporto con i seguenti automezzi:**

*(barrare con una croce una o entrambe le tipologie di trasporto, indicando per ciascuna di esse il numero complessivo, il tipo e la targa)*

**A) AMBULANZA – num. Complessivo \_\_\_\_\_;**

<b>TIPO</b>	<b>TARGA</b>	<b>DATA IMMATRICOLAZIONE</b>	<b>KM PERCORSI</b>

**B) MEZZO attrezzato per trasporto disabili per ogni singola esigenza – num. Complessivo \_\_\_\_\_;**

<b>TIPO</b>	<b>TARGA</b>	<b>DATA IMMATRICOLAZIONE</b>	<b>KM PERCORSI</b>

**2) che le ambulanze e/o i mezzi attrezzati messi a disposizione del servizio** sono pienamente rispondenti agli standard stabiliti dalla normativa nazionale vigente in materia di trasporto sanitario, in possesso dell' idoneità sotto tutti i punti di vista tecnico-sanitari e in regola con le seguenti disposizioni:

- assicurazioni contro i rischi derivanti dalla circolazione stradale con massimali di garanzia idonei per ogni mezzo:

- regolare revisione generale dei veicoli a motore secondo quanto previsto dalla normativa vigente .

**3) di essere**, in quanto Associazione di volontariato, iscritta da almeno 6 mesi al Registro Regionale delle Associazioni di volontariato di cui all' art. 6 della Legge 266/1991 al num. \_\_\_\_\_ **o di essere in possesso** di altra documentazione rilasciata da soggetto istituzionale \_\_\_\_\_ da cui si evinca l' autorizzazione, in corso di validità, allo svolgimento di attività di trasporto malati.

**4) di essere in possesso** delle polizze assicurative in corso di validità relativamente alla copertura:

- della responsabilità civile per danni a terzi in conseguenza dell'attività oggetto della presente convenzione;
- dei rischi professionali e degli infortuni connessi all'attività delle persone impiegate.

**E di impegnarsi a consegnare copia di dette polizze alla stipula della convenzione.**

**5) di applicare** ai propri dipendenti le condizioni previste nei contratti collettivi di lavoro vigenti nonché di rispettare tutte le norme inerenti la sicurezza del personale;

**6) che i componenti degli equipaggi** delle ambulanze e/o mezzi attrezzati, compreso l'autista, sono quelli riportati nell'elenco allegato e che possiedono i requisiti nello stesso indicato;

**7) di essere esente** dalle cause che implicano il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione;

**8) di assumersi** tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. 136/2010 e s.m.i.;

**9) di impegnarsi**, al momento della stipula della convenzione, a comunicare tempestivamente all'Azienda Ospedaliera di Terni, ogni qualsivoglia variazione che intervenga in costanza di contratto.

*Il sottoscrittore della presente dichiarazione consente al trattamento dei dati personali nel presente procedimento e nella fase successiva della stipula della convenzione.*

*In fede*

*Luogo* \_\_\_\_\_

*Data* \_\_\_\_\_

***Firma del legale rappresentante***

(sottoscrizione non autenticata, ma corredata da copia fotostatica del documento di identità del firmatario)

\_\_\_\_\_

**N.B.:ALL'ISTANZA deve essere allegato:**

- *fotocopia di un documento d'identità del dichiarante*
- *DURC (documento unico di regolarità contributiva) od eventuale attestazione da cui risulti di non avere posizioni Inail o INPS*
- *copia dello schema tipo di convenzione siglato su ogni pagina dal legale rappresentante*
- *elenco dettagliato del personale utilizzato sulle autoambulanze e/o mezzi attrezzati con relativa qualifica.*