

Modalità di presentazione dell'istanza per la partecipazione all'AVVISO PUBBLICO PER IL SERVIZIO TRASPORTO PAZIENTI IN EMERGENZA/URGENZA RESO AI PAZIENTI, DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI (ambulanza di tipo A e autista).

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

Oggetto: domanda di partecipazione all'avviso per l'affidamento del servizio trasporto pazienti in emergenza/urgenza (n. 1 ambulanza di tipo "A" e autista).

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 pazienti in emergenza/urgenza.

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 servizio in oggetto

2) che l'ambulanza messa a disposizione del servizio è pienamente rispondente 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 ed è in possesso di tutto quanto previsto per le "ambulanze di soccorso avanzato" nel testo aggiornato del Regolamento regionale 23 giugno 2017, n. 3 "Disciplina per l'autorizzazione e per l'accreditamento all'esercizio del trasporto sanitario e prevalentemente sanitario" della Regione Umbria (Bollettino Ufficiale – serie generale n. 30 del 26 luglio 2017).

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 del contratto.

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

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

Il sottoscrittore della presente dichiarazione consente al trattamento dei dati personali nel presente procedimento e nella fase successiva della stipula della convenzione, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003.

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***