

**Modalità di presentazione dell'istanza per la partecipazione all'AVVISO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE RELATIVO ALLA PROCEDURA NEGOZIATA AI SENSI DELL'ART. 36 COMMA 2 LETT. B) DEL D.LGS. N. 50 DEL 18/04/2016 E S.M.I. PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO PAZIENTI COVID-POSITIVI PER LE ESIGENZE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA S.MARIA DI TERNI.**

**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 Covid-positivi per le esigenze dell'Azienda Ospedaliera S.Maria di Terni.**

**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 Covid positivi.

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.

**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