

**MOD. ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

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

**Oggetto:** Istanza per la partecipazione all'Avviso Pubblico per la gestione del Servizio trasporto sanitario ordinario (con ambulanza) e materiale biologico.

**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 \_\_\_\_\_;**

TIPO	TARGA	DATA IMMATRICOLAZIONE	KM PERCORSI

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

TIPO	TARGA	DATA IMMATRICOLAZIONE	KM PERCORSI

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 possedere i requisiti per eseguire il Servizio secondo le modalità meglio specificate **nell'Allegato A** all'Avviso;

- Di aver svolto negli ultimi tre anni antecedenti la pubblicazione del presente avviso, analogo servizio presso committenti pubblici/privati **DI SEGUITO INDICATI**:

➤ ANNO \_\_\_\_\_  
 COMMITTENTE \_\_\_\_\_

➤ ANNO \_\_\_\_\_  
 COMMITTENTE \_\_\_\_\_

➤ ANNO \_\_\_\_\_  
 COMMITTENTE \_\_\_\_\_

- 4) che non ricorrono le cause di esclusione di cui all'articolo 80, del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., di essere iscritto alla C.C.I.A.A. per l'esercizio dell'attività oggetto della fornitura;
- 5) **(per le Associazioni di volontariato)** che l'associazione che rappresenta risulta accreditata dalla Regione Umbria all'esercizio del trasporto sanitario e prevalentemente sanitario;
- 6) **-(per le Cooperative Sociali Onlus)** che le Cooperative sociali che rappresenta deve:
  - a. Essere a mutualità prevalente;
  - b. Svolgere servizio di emergenza sanitaria con ambulanza;
  - c. Essere iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative sociali della Regione Umbria;
  - d. Avere sede legale ed operativa in Umbria.

**7) 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.**

**6) 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;

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

**8) 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 Digitale del legale rappresentante***

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

---