***(fac-simile domanda)***

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE MACERATA

VIA ANNIBALI, 31/L

62100 PIEDIRIPA DI MACERATA (MC)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Ente del Terzo Settore (ETS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per la scelta di un ETS, finalizzata alla realizzazione di un progetto di assistenza domiciliare oncologica a pazienti del Distretto Sanitario di Macerata,comuni di: Macerata, Treia, Appignano e San Severino Marche (afferente al Distretto Sanitario di Camerino), in sinergia tra il personale infermieristico dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata (AST MC) ed un ETS con competenze nel campo oncologico, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, con le UU.OO.CC. di Oncologia, con i reparti Ospedalieri dell’AST MC coinvolti, con il reparto della Terapia del Dolore e con il Distretto Sanitario di Macerata.

Nel corso della realizzazione del progetto si valuterà la capacità di effettiva copertura territoriale, sulla base della richiesta assistenziale e delle risorse umane e strumentali disponibili.

All’uopo, **ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate**,

**DICHIARA**

**Tipologia di ETS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Iscrizione al RUNTS a decorrere dal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N. iscrizione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione RUNTS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sede Legale:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sedi Operative:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞏 Assenza delle condizioni preclusive previste dagli artt. 94 e seguenti del D. Lgs. n. 36 del 31.03.2023 e ss.mm.ii..**

***Si allegano:***

1. relazione a firma del legale rappresentante dell’ETS riportante:
	* proposta progettuale illustrativa delle modalità di attuazione del progetto AST MC
* descrizione delle attività svolte e/o in corso di svolgimento oggetto della collaborazione, in cui sono riportate le informazioni necessarie ai fini della valutazione
* struttura organizzativa
	+ elenco del personale prestatore del servizio dipendente e volontario con evidenziata la qualifica posseduta in relazione alle prestazioni da erogare e con particolare riguardo alla frequenza di corsi di formazione professionale
	+ tutti gli elementi, comprovati da documentazione utile, da cui desumere la continuità di presenza dello stesso personale dipendente e volontario tale da garantire un adeguato svolgimento dell’attività in relazione alle finalità da perseguire e nel rispetto di quanto previsto a livello normativo in tema di conflitto d’interesse e di incompatibilità
	+ elenco degli strumenti da poter impiegare nel progetto, descritti in maniera dettagliata, sia nel numero che nella tipologia/marca:
1. Apparecchiature sanitarie
2. Altre tecnologie (telefoni, tablet, ecc.)
3. statuto dell’ETS
4. copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del legale rappresentante, in corso di validità

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_