

Al Servizio affari generali, segreteria e servizi amministrativi trasversali dell'ASL CN2 - Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)

[aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)

COD. TITOLARIO I.1.12.02

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO/ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE IN POSSESSO DELL'AUTORIZZAZIONE EX L.R.P. 42/92 PER COLLABORARE CON L'ASL CN2 IN SERVIZI DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO E DI TRASPORTO SU PATOLOGIE AUTORIZZABILI E CONTINUAZIONE DI CURE NONCHÉ PER SERVIZI DI TRASPORTO URGENTE NON SANITARIO (EMODERIVATI, ORGANI E TESSUTI). PERIODO DAL 01/01/2018 – 31/12/2018.**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di legale rappresentante dell'  ODV  APS

denominata \_\_\_\_\_

Iscritta all'albo regionale ODV/APS	numero		data

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede legale in \_\_\_\_\_;

con sede operativa in \_\_\_\_\_;

con la presente **MANIFESTO L'INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DEI SERVIZI DESCRITTI NELL'ALLEGATA SCHEDA**

A\_1  A\_2  A\_3 (barrare la scheda di interesse, allegata)

**singolarmente**

**come capofila del raggruppamento delle seguenti ETS:**

<input type="checkbox"/> ODV <input type="checkbox"/> APS Denominata _____								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Iscritta all'albo regionale ODV/APS</th> <th>numero</th> <th></th> <th>data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Iscritta all'albo regionale ODV/APS	numero		data				
Iscritta all'albo regionale ODV/APS	numero		data					
C.F. ETS								
P.IVA ETS								
sede legale in _____;								
sede operativa in _____								



**ETS Denominata** \_\_\_\_\_

**SE CON DIPENDENTI**

- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali
- CCNL applicato \_\_\_\_\_;
- matricola INPS \_\_\_\_\_;
- sede competente INPS \_\_\_\_\_;
- codice INAIL \_\_\_\_\_;
- posizione assicurativa territoriale (PAT) \_\_\_\_\_;
- numero totale dei dipendenti \_\_\_\_\_;

**SE SENZA DIPENDENTI**

- non è assoggettata alla normativa sulla regolarità contributiva in quanto non ha dipendenti;

**ETS Denominata** \_\_\_\_\_

**SE CON DIPENDENTI**

- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali
- CCNL applicato \_\_\_\_\_;
- matricola INPS \_\_\_\_\_;
- sede competente INPS \_\_\_\_\_;
- codice INAIL \_\_\_\_\_;
- posizione assicurativa territoriale (PAT) \_\_\_\_\_;
- numero totale dei dipendenti \_\_\_\_\_;

**SE SENZA DIPENDENTI**

- non è assoggettata alla normativa sulla regolarità contributiva in quanto non ha dipendenti;

**ETS Denominata** \_\_\_\_\_

**SE CON DIPENDENTI**

- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali
- CCNL applicato \_\_\_\_\_;
- matricola INPS \_\_\_\_\_;
- sede competente INPS \_\_\_\_\_;
- codice INAIL \_\_\_\_\_;
- posizione assicurativa territoriale (PAT) \_\_\_\_\_;
- numero totale dei dipendenti \_\_\_\_\_;

**SE SENZA DIPENDENTI**

- non è assoggettata alla normativa sulla regolarità contributiva in quanto non ha dipendenti;

7. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento si impegna/no a rispettare le disposizioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08;
8. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento hanno stipulato polizza di assicurazione dei volontari contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato, come da prospetto che segue:

ETS	POLIZZA					
	RESPONSABILITA' CIVILE TERZI			INFORTUNI		
	NUMERO	MASSIMALE	DURATA	NUMERO	MASSIMALE	DURATA

9. che la/e postazione/i dell'ETS/degli ETS facenti parte del raggruppamento rispondono ai requisiti previsti dalle normative vigenti;
10. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento ha/hanno adottato un Piano formativo annuale 2018 ed un Codice Etico e che si impegnano:
  - ad adottare – ove già non presente – un sistema di certificazione dei rendiconti da parte dei soggetti di cui all'art. 2397 secondo comma del C.C.
  - a porre in essere iniziative di sensibilizzazione volte a promuovere la cultura del volontariato;
11. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento ha/hanno la seguente struttura organizzativa:

ETS	RISORSE A DISPOSIZIONE				
	N. VOLONTARI	N. DIPENDENTI	N. AUTOVETTURE	N. AUTOFURGONI	N. AUTOAMBULANZE

12. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento adibiranno alle attività convenzionate operatori che abbiano frequentato con esito positivo il "Corso Trasporto Infermi" di cui all'allegato "A" della D.G.R. 11 giugno 2007 n. 45-6134;
13. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento ha/hanno adottato sistemi anche di tipo organizzativo volti ad individuare un "automezzo sostitutivo" in caso di indisponibilità a qualunque titolo dell'automezzo principalmente destinato ai servizi convenzionati;
14. che la realizzazione delle attività previste nell'allegata scheda A per le quali si manifesta la disponibilità rientrano nelle finalità statutarie dello/degli ETS concorrente/i;
15. che l'ETS/gli ETS facenti parte del raggruppamento si impegna/no ad osservare tutte le prescrizioni di cui all'avviso ed ai relativi allegati ai quali integralmente si rimanda;

### **RICHIEDO**

che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura siano effettuate ad ogni effetto di legge al seguente:

- numero di Fax: \_\_\_\_\_;
- indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_;
- indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) :  
\_\_\_\_\_;
- (indicare un solo recapito)*

### INDICO

come <b>referente</b> dell'ETS/aggregazione il sig. _____
Tel. _____ e-mail _____

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, dichiaro di essere informato e di dare il mio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'ASL CN2 ai fini della presente procedura.

Data \_\_\_\_\_      TIMBRO ETS      FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

#### **Avvertenze**

*la presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilata sul presente modulo o su riproduzione propria purché integralmente riportante tutte le voci del modello proposto, deve essere:*

- *completamente compilata in ogni sua parte, compresa l'apposizione di contrassegno su tutte le caselle (Nel caso in cui la dichiarazione preveda due possibilità distinte, dovrà essere cancellata l'opzione che non interessa);*
- *presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 (è sufficiente produrre un'unica fotocopia del documento di identità per tutte le autocertificazioni rese)*

#### *Si allega*

- in caso di raggruppamento/consorzio ordinario: mandato collettivo speciale con rappresentanza all'ETS capofila o dichiarazione di impegno alla costituzione del raggruppamento/consorzio ordinario;
- autocertificazione volta a valutare la moralità professionale resa da ogni legale rappresentante dello/degli ETS concorrente/i (in caso di raggruppamento o consorzio ordinario una per ogni legale rappresentante dello/degli ETS che ne fanno parte);
- la/e scheda/e allegato/i A\_1, A\_2, A\_3, debitamente compilata/e (per le parti di interesse dell'ETS/del raggruppamento o consorzio ordinario) e sottoscritta/e dal legale rappresentante dell'ETS concorrente (in caso di raggruppamento/consorzio ordinario già costituito: dal legale rappresentante dell'ETS capofila; in caso di raggruppamento/consorzio ordinario non ancora costituito: dai legali rappresentanti di tutti gli ETS che intendono aggregarsi);
- in caso di istanza di partecipazione alla selezione per i servizi di trasporto Dialisi (scheda A\_2) e Radioterapia (scheda A\_3) la scheda allegato B (in caso di raggruppamento/consorzio ordinario una per ogni ETS che ne fa parte) utile all'assegnazione del punteggio per la formazione di una graduatoria dello/degli ETS concorrente/i, debitamente compilata/e e sottoscritta/e dal/i legale/i rappresentante/ dello/degli ETS concorrente/i;
- l'elenco dei volontari che si intendono adibire alle attività convenzionate (Cognome Nome - C.F. – data superamento del “Corso Trasporto Infermi” di cui all'allegato “A” della D.G.R. 11 giugno 2007 n. 45-6134 e soggetto organizzatore) (in caso di raggruppamento / consorzio ordinario: uno per ogni ETS);
- l'elenco dei mezzi che si intendono adibire alle attività convenzionate (tipo – targa – anno di immatricolazione), (in caso di raggruppamento / consorzio ordinario: uno per ogni ETS), con indicazione dell'orario di operatività degli stessi e della postazione presso cui sosteranno;
- la scheda tecnica del materiale utilizzato (in caso di raggruppamento/consorzio ordinario, da ogni ETS) per la sanitizzazione degli automezzi;
- fotocopia della carta d'identità dell'istante e, in caso di raggruppamento, dei legali rappresentanti di tutti gli ETS raggruppati o che intendono costituirsi in raggruppamento.