

**SCREENING ONCOLOGICI E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA  
REGIONALE PREVENZIONE SERENA E DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE  
ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO**

**All'Azienda Sanitaria Locale  
CN2  
aslcn2@legalmail.it**

**Il sottoscritto**

**Sig.** \_\_\_\_\_  
**C.F.** \_\_\_\_\_  
**Tel.** \_\_\_\_\_ **mail** \_\_\_\_\_

**nella propria qualità di Legale Rappresentante dell'ETS****Denominazione**

Forma giuridica  ODV  APS

Sede legale *via/corso/piazza* \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Sede operativa *via/corso/piazza* \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

Sito web \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

iscritto al R.U.N.T.S. al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso pubblico per la manifestazione di interesse finalizzata alla stipula di accordi di collaborazione per supportare l'ASL nelle seguenti attività (*barrare una o più caselle*):

1.  *Diffusione di messaggi informativi sulla prevenzione oncologica e sull'importanza di sottoporsi allo screening organizzato denominato "Prevenzione Serena";*
2.  *Migliorare la partecipazione consapevole della popolazione invitata ai programmi di screening oncologici attraverso un'informazione mirata e rispondente alle linee di indirizzo regionali;*
3.  *Supportare le attività di promozione della salute e di prevenzione, per l'adozione di stili di vita salutari in linea con le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione;*
4.  *Contribuire ad attività di invito della popolazione anche attraverso recall telefonico;*
5.  *Contribuire ad attività di calendarizzazione degli appuntamenti per la popolazione invitata agli screening oncologici;*
6.  *Attivare reti solidali di trasporto dalle aree più disagiate del territorio ai centri di primo e secondo livello di screening;*
7.  *Effettuare attività di accoglienza al primo livello e nei locali del Centro Screening, anche attraverso la somministrazione di questionari di valutazione del servizio;*
8.  *Svolgimento di attività di supporto per l'erogazione di test di screening (es: prelievo per test HPV) nel rispetto della normativa concernente l'esercizio delle professioni sanitarie e sociosanitarie e delle indicazioni previste dallo screening organizzato "Prevenzione Serena" come indicato nei protocolli formalizzati a livello regionale;*
9.  *Ogni altra eventuale attività di promozione della salute in linea con le indicazioni del Piano Regionale*

*della Prevenzione e in particolare di promozione dei programmi organizzati di screening oncologici in linea con le indicazioni del Coordinamento Regionale.*

**DICHIARA** l'accettazione integrale dell'avviso e dei suoi allegati e di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data:

Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Allegati: proposta operativa