

Modalità di presentazione dell'istanza per la partecipazione all'AVVISO PUBBLICO PER IL GESTIONE DEL TRASPORTO SANITARIO ORDINARIO (SEMPLICE) RESO AI PAZIENTI, DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI, IN DIMISSIONE VERSO IL PROPRIO DOMICILIO E TRASPORTO DI MATERIALE BIOLOGICO.

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

Oggetto: domanda di partecipazione all'avviso per la gestione del trasporto sanitario ordinario(semplce) reso ai pazienti, dell'Azienda Ospedaliera di Terni, in dimissione verso il proprio domicilio.

Il/la sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Il qualità di legale rappresentante della _____

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 in
oggetto.

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 intercorrere 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 essere, _____, in possesso di 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 della convenzione.

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

6) **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 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
- elenco dettagliato del personale utilizzato sulle autoambulanze e/o mezzi attrezzati con relativa qualifica.