



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

*Allegato 1/A*

**AL DIRETTORE  
AREA SOCIO SANITARIA  
Azienda Sanitaria Locale di TARANTO  
Viale Virgilio,31  
74121 – TARANTO**

**OGGETTO:** AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA A FAVORE DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI IN FASE TERMINALE AVANZATA RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLA ASL TA. – **ISTANZA DI PARTECIPAZIONE.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ con codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di PRESIDENTE E RAPPRESENTANTE LEGALE dell'associazione/fondazione \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_ con codice fiscale n \_\_\_\_\_ e con partita IVA n \_\_\_\_\_ con la presente:

**DICHIARA**

che intende partecipare all'avviso pubblico in oggetto:

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA ALTRESÌ**

- che l'associazione/fondazione è così esattamente denominata : \_\_\_\_\_, ha forma giuridica di ONLUS (Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n. 460) ha sede legale ed operativa in



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

\_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_, Partita IVA \_\_\_\_\_;

- che gli amministratori delegati a rappresentare e impegnare legalmente l'Associazione/Fondazione sono i seguenti:

- il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla Via  
\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
in qualità di PRESIDENTE E RAPPRESENTANTE LEGALE della predetta  
Associazione/Fondazione;

- che nei confronti sia dell'Associazione/Fondazione che del legale rappresentante non sussiste alcuna delle cause di esclusione per l'affidamento di pubblici servizi con riferimento a quanto previsto dall'articolo 80 del d.lgs 50/2016 e s.m.i. e, a tal proposito, dichiara che l'Associazione/Fondazione e/o il legale rappresentante **ha/non ha** riportato le seguenti condanne penali (incluse quelle per le quali ha beneficiato della non menzione).

(N.B. il dichiarante non è tenuto ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione)

- di aver preso esatta cognizione della natura della convenzione e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nel bando di selezione e in tutte le norme della convenzione

-che l'Associazione/fondazione è in regola con il versamento dei contributi INPS e INAIL, di competenza per i lavoratori impiegati e che le posizioni previdenziali ed assicurative sono le seguenti

INPS sede di \_\_\_\_\_ matricola azienda \_\_\_\_\_;

INAIL sede di \_\_\_\_\_ codice ditta \_\_\_\_\_;



- che l'Associazione/Fondazione ha n. \_\_\_\_\_ dipendenti e che il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato è il seguente: CCNL APPLICATO = \_\_\_\_\_ (dati richiesti ai fini dell'acquisizione del DURC);
- che per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente la selezione in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, l'Associazione/Fondazione \_\_\_\_\_ elegge domicilio in via \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_;
- di essere consapevole che l'amministrazione contraente potrà utilizzare i dati contenuti nella documentazione di selezione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, nonché per adempiere alle forme di pubblicità (RGDP 679/2016);
- di possedere, unitamente ai propri soci, associati e dipendenti, i requisiti morali e professionali per l'esecuzione dell'affidamento pubblico;
- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Associazione/Fondazione verrà esclusa dalla procedura ad evidenza pubblica per la quale è rilasciata, o, se risultasse affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto dall'Asl, ai sensi dell'art. 1456 c.c.
- di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e di essere consapevole che il mancato rispetto di detti obblighi comporterà la risoluzione del contratto da parte della stazione Appaltante.



**Dichiara, altresì, quanto segue:**

- che la data di costituzione dell'Associazione/Fondazione: costituita il \_\_\_\_\_, con atto per notaio \_\_\_\_\_ (registrato presso l' Agenzia delle Entrate il \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_), che la stessa è senza fini di lucro, apolitica, apartitica e laica, iscritta nel Registro regionale delle Onlus della Regione Puglia (Determina Regionale N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_)

- che gli scopi e i fini dell'Associazione/Fondazione sono: (in sintesi):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e si occupa di assistenza domiciliare oncoematologica gratuita e si avvale di medici, psicologi ed infermieri regolarmente retribuiti, adeguatamente formati, esperti in cure palliative.

- che i destinatari dell'intervento saranno i PAZIENTI TERMINALI ONCOEMATOLOGICI IN FASE AVANZATA E AVANZATISSIMA.

Obiettivo principale delle cure palliative è dare senso e dignità alla vita del malato fino alla fine, alleviando prima di tutto il suo dolore, e aiutandolo con i supporti non di ambito strettamente medico che sono altrettanto necessari. Questo tipo di medicina, dunque, non è solo una semplice cura medica, ma può favorire un percorso di riconciliazione e pacificazione rispetto alla vita del malato e delle persone che gli stanno attorno.

Gli obiettivi delle cure palliative sono ben riassunti così:

- Affermano il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale;
- non prolungano né abbreviano l'esistenza del malato;

- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi;
- considerano anche gli aspetti psicologici e spirituali;
- offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere il più attivamente possibile sino al decesso;
- aiutano la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia e poi con il lutto.

Iscrizione nel Registro regionale del volontariato:

Delibera regionale N. \_\_\_\_\_ del / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

indicare se l'iscrizione è stata già richiesta o se è in corso:

---

---

Organi statutari:

---

---

---

Organo che elegge la Rappresentanza sociale:

---

---

Metodo di elezione (allegare il verbale dell'ultima Assemblea nella quale sono stati eletti gli Organi in carica):



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

---

---

---

Data di scadenza degli organi della Rappresentanza sociale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Elenco nominativo dei componenti degli attuali Organi (nome, cognome, carica ricoperta, indirizzo, recapito telefonico ed eventuale e-mail):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

N. di soci aventi diritto al voto: \_\_\_\_\_

N. di soci volontari operanti, alla data di presentazione della domanda, che saranno utilizzati nella gestione della commessa (fare riferimento alle figure professionali richieste a pag. 2, tabella 1 – “profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari” e all’art. 9 lett. b) e c) della convenzione):

---

---

---

N. di unità di altro personale (non volontario) utilizzato nella gestione della commessa (infermieri, medici, psicologi) avente, alla data di presentazione della domanda, un rapporto contrattuale con



**ASL Taranto**

**PugliaSalute**

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

l'Associazione/Fondazione, precisando, per ogni unità, il numero di ore previsto nel rapporto contrattuale instaurato:

---

---

---

Modalità di intervento: (la ditta dovrà riportare, sulla base delle indicazioni tecniche di cui alla tabella 1 “profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari” della convenzione, il numero e le ore di prestazioni che l'Associazione/Fondazione sarà in grado di garantire, nell'ambito territoriale prescelto

---

---

---

---

---

---

---

---

Strutture e mezzi:

---

---

---

---

---



**ASL Taranto**

**PugliaSalute**

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Precedenti esperienze e convenzioni:

---

---

---

---

---

Esperienza professionale degli operatori (allegare curricula, con particolare riferimento al personale laureato)

---

---

---

---

---

Fonti di finanziamento:

---

---

---

---

---

Numero di pazienti assistiti negli anni

2019 \_\_\_\_\_



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

2020 \_\_\_\_\_

2021 \_\_\_\_\_

Numero di pazienti che l'Associazione/Fondazione è attualmente in grado di assistere, alla data di presentazione dell'istanza, nel rispetto delle prescrizioni tecniche di cui alla tabella 1 "profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari", pag. 2 della convenzione

---

## IL LEGALE RAPPRESENTANTE

### DICHIARA:

- che ha preso visione dello schema allegato al presente bando, e che lo approva in tutte le sue parti;
- che l'Associazione/Fondazione rappresentata è in possesso dei requisiti richiesti;
- che è in grado di erogare le prestazioni indicate dalla convenzione;
- che accetta l'importo forfettario ivi indicato;
- che si impegna a stipulare apposita convenzione secondo lo schema allegato.

Note:

---

---

---



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Viale Virgilio n.31 – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

**Documenti allegati:**

*-DETERMINA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO (RUNTS) O REGIONALE DELLE ASSOCIAZIONI;*

*- DURC;*

*-STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE;*

*-ELENCO VOLONTARI CON RISPETTIVA QUALIFICA;*

*-CURRICULA OPERATORI;*

*-CODICE ETICO DELL'ASSOCIAZIONE\FONDAZIONE;*

*-COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE;*

*-COPIA COPERTURA ASSICURATIVA DEI VOLONTARI;*

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede  
**LEGALE RAPPRESENTANTE**  
**(Timbro dell'Associazione/Fondazione)**

---