

Allegato 1/A

**AL DIRETTORE
AREA SOCIO SANITARIA
Azienda Sanitaria Locale di TARANTO
Via Scotti ang. Via Ancona snc
c/o Palazzina III Lotto
74121 – TARANTO**

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA A FAVORE DI PAZIENTI ONCOLOGICI 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 _____, 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 oncologica 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 ONCOLOGICI 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):

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 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:

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

2020 _____

2021 _____

2022 _____

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

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 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;

- ALTRI ALLEGATI LIBERI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Data ____/____/____

In fede

LEGALE RAPPRESENTANTE
(Timbro dell'Associazione/Fondazione)



REGIONE
PUGLIA