*allegato 1)*

*Modello di domanda da redigere su carta intestata del soggetto gestore*

**CANDIDATURA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'EROGAZIONE DI ATTIVITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI NEL DISTRETTO DELLA VALTELLINA E ALTO LARIO - AMBITO TERRITORIALE DI CHIAVENNA - DELL’ATS DELLA MONTAGNA**

Al Legale Rappresentante

della ATS della Montagna

Via Nazario Sauro, n.38

23100 – SONDRIO

[protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale  in qualità di Legale Rappresentante dell’Ente Gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale e/o Partita IVA 

**COMUNICA L’INTERESSE**

alla contrattualizzazione per l’erogazione di attività di cure palliative domiciliari (UcpDom) nel Distretto della Valtellina e Alto Lario per l’Ambito territoriale di Chiavenna dell’ATS della Montagna

**DICHIARA**

***ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi***

**DI ESSERE IN POSSESSO**

1. dei requisiti soggettivi di accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e precisamente di essere:

* iscritto alla CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese;
* iscritto al R.E.A. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni e Enti Morali);
* iscritto agli appositi registri per gli Enti no profit;

1. dei requisiti organizzativo-gestionali e strutturali previsti dalla D.G.R. n. 5918/2016 e s.m.i.

**DICHIARA INOLTRE**

* di non trovarsi in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta salvo i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell’attività di impresa;
* che, nei confronti del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione non sussistono cause di divieto, decadenza di cui all’art. 67 del D.Lgs 159/2011 e s.m.i.;
* che ai sensi dell’art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs 165/2001 da parte del legale rappresentante dell’ente, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2;
* di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ex Legge 68/1999;
* di non essere stato soggetto alla sanzione interdittiva di cui all’art. 9, comma 2, lett. C) del D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231 o ad altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la P.A. compresi i provvedimenti interdittivi di cui all’art. 14 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81;
* di aver preso visione e condivisione dei principi enunciati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2019/2021 dell’A.T.S. della Montagna, del Patto di Integrità in materia di contratti pubblici regionali, del Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici approvato con DPR N. 62/2013;

**DI ESSERE IN POSSESSO**

dell’accreditamento con Regione Lombardia come soggetto gestore di cure palliative domiciliari (UcpDom) con sede operativa nel territorio dell’ATS della Montagna o ubicata nei distretti confinanti con l’ATS, di cui al decreto n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e di possedere tutti i requisiti strutturali e gestionali di cui alla normativa richiamata al punto A.2 del bando in relazione all’UcpDom.

**ALLEGA**

### specifica documentazione nella quale sia data evidenza in modo dettagliato degli elementi previsti al punto B.2 del bando e più precisamente:

1. relazione delle modalità operative e delle soluzioni tecniche in concreto proposte per la presa in carico e la gestione del pz sul Distretto Valtellina e Alto Lario - Ambito territoriale di Chiavenna – in funzione della garanzia di continuità del servizio tenuto conto delle caratteristiche orografiche e di viabilità del territorio (ad es. gestione sostituzione del personale in particolare in ordine alla sostituzione per ferie, malattie ed altre assenze, strumenti/soluzioni tecniche adottate per garantire la continuità del servizio nel corso dell’anno);
2. descrizioni di eventuali pregresse esperienze nell'erogazione di cure palliative a livello domiciliare, specificandone gli aspetti quali/quantitativi;
3. proposta di modalità per il raccordo-collaborazione con i Medici di Medicina Generale degli utenti presi in carico.

**ALLEGA INOLTRE**

* dichiarazione sostitutiva relativa alle cause di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016.

**Firma del Legale Rappresentante**

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Allegare copia del documento di identità del Legale rappresentante in corso di validità