**Allegato 2**

All’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna

**PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it**

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse per il recupero delle liste di attesa 2021 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/5173 del 02.08.2021**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da ATS della Montagna con delibera n. 714 del 30/09/2021, per il recupero delle liste di attesa 2021 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/5173 del 02.08.2021

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere addendum contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che si ritiene di poter erogare nel corso dell’ultimo quadrimestre 2021, aggiuntive a quanto già erogato per le stesse prestazioni erogate nel corso dell’ultimo quadrimestre del 2019 a favore di assistiti lombardi.

**D I C H I A R A**

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente ………………………………………… (P.IVA ……………………), con sede legale a…………………………... in Via……..……………..…………… n.……, erogatore di prestazioni …………………………….. (indicare se ricovero, ecc.) a contratto con ATS ……….., per la Struttura …………………………………………………… (Cod. …………..) sita in …………………………………, via ………………………n. …………………
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS della Montagna a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di stimare che la Struttura a contratto sia in grado di utilizzare le risorse già assegnate con la contrattazione ordinaria 2021 e che le stesse non siano sufficienti a remunerare le prestazioni aggiuntive di cui alla presente manifestazione di interesse;
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: ………………………………………………….

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci, allega copia di valido documento di identità.

**Luogo e data** ……………………….. **Firma …**………………………………………

Allegati:

* Copia di documento di identità del firmatario
* Copia dell’eventuale procura, nelle forme di legge
* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte

|  |
| --- |
| **PROSPETTO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE AD ATS DELLA MONTAGNA****ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DELL’ENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Per la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)****FINALIZZATA AL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA 2021**  |
| **TIPO** | **CODICE PRESTAZIONE** | **DESCRIZIONE** | **NUMERO PRESTAZIONI** **AGGIUNTIVE PROPOSTE** |
| ECG | 89.52 | Elettrocardiogramma |  |
| ECO | 88.71.4  | Diagnostica ecografica del capo e del collo  |  |
| ECO | 88.72.3  | Eco (color) dopplergrafia cardiaca  |  |
| ECO | 88.73.1  | Ecografia bilaterale della mammella  |  |
| ECO | 88.73.5  | Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici  |  |
| ECO | 88.74.1  | Ecografia dell’addome superiore  |  |
| ECO | 88.75.1  | Ecografia dell’addome inferiore  |  |
| ECO | 88.76.1  | Ecografia dell’addome completo  |  |
| FUN | 95.11  | Fotografia del fundus  |  |
| RM | 88.91.1  | RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare  |  |
| RM | 88.91.2  | RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC  |  |
| RM | 88.93.6  | RM della colonna in toto  |  |
| RM | 88.93.B  | RM della colonna in toto senza e con MDC |  |
| RM | 88.95.4  | RM di addome inferiore e scavo pelvico  |  |
| RM | 88.95.5  | RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC  |  |
| RX | 87.37.1  | Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale  |  |
| SFO | 89.41  | Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile  |  |
| TC | 87.03  | TC Cranio – encefalo  |  |
| TC | 87.03.1  | TC Cranio – encefalo senza e con MDC  |  |
| TC | 87.41.1  | TC del Torace con MCD senza e con MDC |  |
| TC | 88.38.5  | TC di Bacino e articolazioni sacroiliache  |  |
| VIS | 89.13  | Prima Visita neurologica  |  |
| VIS | 89.7A.3  | Prima Visita cardiologica  |  |
| VIS | 89.7A.7  | Prima Visita dermatologica  |  |
| VIS | 89.7A.8  | Prima Visita endocrinologica  |  |
| VIS | 89.7B.2  | Prima Visita fisiatrica  |  |
| VIS | 89.7B.7  | Prima Visita ortopedica  |  |
| VIS | 89.7B.8  | Prima Visita otorinolaringoiatrica  |  |
| VIS | 89.7C.2  | Prima Visita urologica  |  |
| VIS | 95.02  | Prima Visita oculistica  |  |
| BIC | 8061 | ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologica ed  |  |

**N.B. Specificare per ogni tipologia il numero di prestazioni aggiuntive proposte**