**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**