

All\_1: FAC SIMILE di domanda di partecipazione all'Avviso di Manifestazione d'interesse (da predisporre su carta semplice intestata dell'Ente richiedente in formato pdf unico e sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante/procuratore)

Spett.le  
ATS MONTAGNA  
Via Nazario Sauro 36/38  
23100 - SONDRIO  
[protocollo@pec.montagna.it](mailto:protocollo@pec.montagna.it)

**AVVISO PUBBLICO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'EFFETTUAZIONE DI TEST MOLECOLARI PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 AI FINI DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA NEL TERRITORIO DELLA ATS DELLA MONTAGNA**

(rilasciata in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata dell'Ente richiedente)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

(indicare se legale rappresentante o procuratore o comunque altra persona legittimamente autorizzata ad impegnare l'ente) dell'ente

denominato \_\_\_\_\_ Codice

Fiscale \_\_\_\_\_ Partiva IVA \_\_\_\_\_ con

**sede legale** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

con **sede operativa** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC (che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'avviso):

Nominativo del Referente dell'Ente, al quale verranno inviate le comunicazioni:

Cognome Nome .....

Email.....

Recapito telefonico.....

Manifesta il proprio interesse all'avviso pubblico per la manifestazione di interesse all'effettuazione di test per la ricerca di SARS-COV-2 ai fini della sorveglianza epidemiologica nel territorio della ATS della Montagna.

**A tal scopo, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità**

## DICHIARA

- che lo SMel a cui afferiscono i punti prelievo è accreditato o autorizzato (indicare l'ipotesi che ricorre e gli estremi del provvedimento);
- che lo SMel che processerà i test per la ricerca di SARS-COV-2 è autorizzato per tale ricerca: (indicare gli estremi dell'autorizzazione in riferimento al proprio SMel se eseguiti direttamente o ad altro laboratorio se eseguiti in "service" )
- che i punti prelievo messi a disposizione sono i seguenti: (indicare numero e ubicazione)
- che il numero massimo di tamponi die effettuabili è pari a: \_\_\_\_\_
- che i giorni di somministrazione alla settimana sono: \_\_\_\_\_
- che gli orari di apertura giornaliera sono i seguenti: \_\_\_\_\_
- che il Tempo massimo entro cui l'ente sarà in grado di attivare il servizio sarà: \_\_\_\_\_
- di assumersi l'impegno all'adesione dei sistemi di prenotazione e all'assolvimento dei debiti informativi secondo modalità e tempistiche definite da Regione Lombardia e da ATS Montagna in relazione alle attività svolte oggetto del presente avviso;
- di aver preso atto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse;
- di accettare tutte le condizioni ivi previste e di essere edotto e consapevole degli effettivi oneri che il servizio comporta;

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

Il legale Rappresentante o Procuratore

\_\_\_\_\_

Allegati:

- allegato 3: dichiarazione sostitutiva requisiti soggettivi per soggetto gestore - copia carta di identità del legale rappresentante