

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

AVVISO PUBBLICO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'EFFETTUAZIONE DI TEST ANTIGENICI (TAMPONE RAPIDO) 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 l'ambulatorio extra-SSR ha presentato alla ATS della Montagna in data _____ la comunicazione di avvio attività di esecuzione *test antigenici (rapid diagnostics test ag-rdts) con tampone naso-oro-faringeo* ;
- che gli ambulatori messi a disposizione sono i seguenti: _____

(elenco degli ambulatori con relativo indirizzo)

- 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