

All'Agenzia di Tutela della Salute della Montagnae-mail PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it

Oggetto: Dichiarazione di manifestazione di interesse volta alla sottoscrizione di accordi contrattuali per l'acquisizione di prestazioni a favore di assistiti lombardi finalizzate al recupero delle liste di attesa ex DGR n. XII/5057 del 29.09.2025.

- Ente gestore di struttura sanitaria SOLO ACCREDITATA o con branche accreditate NON A CONTRATTO -

Il/la sottoscritto _____ nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____ presa visione dell'avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con specifico provvedimento, per il recupero delle liste di attesa in attuazione della DGR n. XII/5057 del 29.09.2025

MANIFESTA INTERESSE

a partecipare alla procedura finalizzata all'individuazione di soggetti privati erogatori accreditati di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali sottoscrivere accordi 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 periodo 01.11.2025 - 30.06.2026 nel rispetto delle condizioni previste nell'Avviso di manifestazione di interesse (lettere b e c).

DICHIARA

- di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell'Ente _____ (C.F./P.IVA _____), con sede legale a _____ in Via _____ n. _____, erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale _____, per la Struttura accreditata denominata _____ (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;
- che la numerosità complessiva di prestazioni proposte corrisponde a n. _____ come da allegato 3A;
- che non sussistono le condizioni di esclusione dalla stipula di rapporti contrattuali con la P.A. di cui all'art. 94 del D.lgs. 36/2023;
- di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: _____
- di impegnarsi fin da subito ad ottemperare al debito informativo regionale provvedendo a rendicontare correttamente, attraverso gli appositi flussi, l'attività erogativa oggetto della presente dichiarazione, così come declinato nell'Avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato A), e di garantire l'esposizione delle agende alla Rete Regionale di Prenotazione (RRP) prima dell'avvio delle attività, pena il non riconoscimento delle prestazioni;

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 _____

Firmato digitalmente
dal Legale Rappresentante (o suo delegato)

Allegati:

- Copia dell'eventuale procura, nelle forme di legge;
 - Allegato 3_Prospetto delle prestazioni proposte ad ATS Montagna (formato PDF e EXCEL).
- (si chiede cortesemente di non modificare il formato del prospetto delle prestazioni)*