



**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE PER
L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOCCORSO
SANITARIO IN MARE - EMERSANMARE - ANNO 2015
NELLA ZONA COSTIERA COMPRENDENTE I COMUNI
DI COMPETENZA DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

Bando di selezione rivolto alle Associazioni di Volontariato autorizzate all'esercizio del servizio di soccorso e trasporto infermi e feriti, interessate ad effettuare, in rapporto di convenzione con l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, il servizio di soccorso in mare con Idroambulanze e Idromoto.

L'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia:

Vista la legge 11/08/1991 n. 266 (Legge - Quadro sul Volontariato);

Vista la Legge Regionale 16/03/1994 n. 11 (Norme di attuazione della legge quadro sul volontariato)

Intende procedere alla selezione dei soggetti operanti nel settore del volontariato per il trasporto di malati e feriti iscritti al Registro Regionale della Regione Puglia istituito con legge n. 11 del 16/03/1994;

La selezione è finalizzata alla stipula della convenzione riguardante l'espletamento del servizio di soccorso in mare sulla litoranea _____, con n. 2 Idroambulanze e n. 2 Idromoto acquisite da questa Azienda dalla Regione Puglia in comodato d'uso.

Detto servizio dovrà essere svolto tutti i giorni, dal 1 agosto al 15 settembre dalle ore 8.00 ALLE ORE 20,00.

L'importo a base d'asta non superabile è:

- fino a € 9.500,00 il relazione all'effettivo periodo di impegno operativo, per la copertura giornaliera, di una postazione dotata di Idroambulanza fornita dalla ASL FG, con Operatori Volontari delle seguenti specifiche qualifiche in possesso della idoneità allo svolgimento del primo soccorso sanitario speciale in mare rilasciata dall'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità: n. 1 Pilota Soccorritore abilitato alla conduzione di idro-ambulanza EMERSANMARE, n. 3 Specialisti del soccorso sanitario in mare (o 2 specialisti e 1 medico o 1 specialista e n. 1 medico e n. 1 infermiere, tutti specializzati in soccorso sanitario in mare;
- fino a € 6.500,00 il relazione all'effettivo periodo di impegno operativo, per la copertura giornaliera, di una postazione dotata di Idromoto fornita dalla ASL FG, con Operatori Volontari delle seguenti specifiche qualifiche in possesso della idoneità allo svolgimento del primo soccorso sanitario speciale in mare rilasciata dall'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità: n. 1 Pilota Soccorritore abilitato alla conduzione di idro-moto da soccorso EMERSANMARE, n. 1 Specialista del soccorso sanitario in mare o n. 1 medico o n. 1 infermiere, tutti specializzati in soccorso sanitario in mare;

REQUISITI DI AMMISSIONE

Alla selezione possono accedere i soggetti che, alla data di pubblicazione del presente bando , si trovino in possesso di tutti i seguenti requisiti:

Possesso dei requisiti di cui alla Legge 11 agosto 1991, n.266 (Legge-Quadro sul Volontariato) nonché della Legge Regionale 16 marzo 1996, n.11 .

Le Associazioni dovranno altresì essere autorizzate al Trasporto e Soccorso di Infermi e Feriti ai sensi della Legge Regionale 15 dicembre 1993, n.27, così come integrata dalla Legge Regionale 05 agosto 1996, n.17, nonché dell'autorizzazione rilasciata dalla Regione Puglia, ovvero da Azienda Sanitaria della Regione Puglia ai sensi dell'art. 18 della Legge Regionale del 03 agosto 2007, n. 25;

Iscrizione all'elenco Regionale delle Associazioni di Volontariato per la Protezione Civile, istituito ai sensi della L.R. n. 39/95;

Assenza dei carichi pendenti relativamente a tutti i soggetti titolari della rappresentanza legale e/o titolari della capacità di impegnare l'Associazione di volontariato presso terzi.

Nei confronti del rappresentante legale non deve essere stata pronunciata una sentenza di condanna, passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta, formulata ai sensi dell'art. 444 C.P.P., per qualsiasi reato che incida sulla moralità dell'Associazione rappresentata o dei suoi componenti, o per delitti finanziari ovvero per partecipazione ad una organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio di proventi da attività illecita.

Non trovarsi in stato di incompatibilità con la P.A. precedente né di avere cause ostative a contrarre con la P.A.

Si precisa che il partecipante alla selezione dovrà allegare alla propria domanda l'elenco nominativo dei soggetti volontari rientranti nella propria organizzazione.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Termine di presentazione

1. La domanda, redatta in lingua italiana, dovrà pervenire, pena esclusione, all'Ufficio protocollo della ASL di Foggia – Piazza Libertà, 1 - 71100 FOGGIA entro il 23 luglio 2015

Qualora la domanda non pervenisse entro il predetto termine la stessa verrà considerata nulla ad ogni effetto.

Riguardo all'esito della selezione, la ASL di Foggia provvederà a pubblicare gli elenchi degli ammessi e non ammessi, con relativa motivazione, sul sito web istituzionale www.aslfg.it.

L'invio del plico contenente la documentazione è a totale ed esclusivo rischio del mittente; restando esclusa qualsivoglia responsabilità dell'Amministrazione ove per disquidi postali o di altra natura, ovvero per qualsiasi motivo, il plico non pervenga entro il termine perentorio di scadenza all'indirizzo di destinazione.

2. Non saranno in alcun caso prese in considerazione domande pervenute oltre il suddetto termine perentorio di scadenza, anche se spedite prima del termine medesimo; ciò vale anche per le domande inviate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, a nulla valendo la data di spedizione risultante dal timbro postale dell'agenzia accettante; tali domande non verranno aperti e verranno considerate come non consegnate.

Modalità di presentazione della domanda

1. La domanda e tutta la documentazione richiesta dovranno essere contenute, a pena di esclusione dalla selezione, in un unico plico sigillato, recante a scavalco dei lembi di chiusura il timbro del partecipante e la firma del legale rappresentante o suo procuratore, recante altresì all'esterno gli estremi del mittente (denominazione o ragione sociale del partecipante), gli estremi del destinatario, e la dicitura

"Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'espletamento del Servizio di Soccorso in mare ASL FG- Contiene domanda".

Il suddetto plico deve contenere al suo interno, pena esclusione, due buste contenenti rispettivamente la documentazione amministrativa e l'offerta economica conformemente al seguente schema:

BUSTA	DICITURA	CONTENUTO
N. 1	Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'espletamento del Servizio di Soccorso in mare ASL FG- Documentazione Amministrativa	Documentazione Amministrativa
N. 2	Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'espletamento del Servizio di Soccorso in mare ASL FG- Offerta Economica	Offerta Economica

Tutte le buste dovranno essere non trasparenti (tali da non rendere riconoscibile il loro contenuto)

Documentazione amministrativa:

La busta n. 1 Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'espletamento del Servizio di Soccorso in mare ASL FG– Documentazione Amministrativa dovrà contenere a pena di esclusione:

1 Dichiarazione, in tutto conforme allo schema di cui all'allegato "A" del presente bando, resa i sensi degli art. 38, 46 e 47 del DPR 445/2000, con allegata copia del documento di identità, attestante le condizioni di partecipazione, in particolare i nominativi dei soggetti per la composizione dell'equipaggio, con l'esibizione in copia di un loro documento di identità, della patente nautica e dell'attestato di esecutore BLSD in corso di validità;

2 procura speciale comprovante la facoltà del sottoscrittore di impegnare il soggetto partecipante, nell'ipotesi in cui le dichiarazioni di cui al punto che precede siano state rese da un Procuratore speciale.

Si rammenta che la falsa dichiarazione:

- Comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000;
- Costituisce causa di esclusione dalla partecipazione a successive procedure di selezione indette da Pubbliche Amministrazioni;
- Causa di segnalazione alle competenti Autorità Giudiziarie.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere, qualora emergano elementi tali da indurre specifici approfondimenti, ulteriori verifiche d'ufficio.

Offerta Economica

La busta n. 2 Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'espletamento del Servizio di Soccorso in mare ASL FG– Offerta Economica dovrà contenere l'offerta economica, utilizzando l'allegato "B" sottoscritta dal legale rappresentante dell'Associazione, con allegata copia del documento di identità.

Allegati:

allegato "A": schema di dichiarazione per la partecipazione

allegato "B" Offerta Economica

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Vito Piazzolla

**REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

ALLEGATO "A": Schema di dichiarazione ammissione alla procedura di selezione

**FACSIMILE DICHIARAZIONE RILASCIATA ANCHE AI SENSI DEGLI ARTT. 38, 46 E 47 DEL D.P.R.
445/2000.**

La dichiarazione che segue deve essere resa dal partecipante alla selezione completa dei dati richiesti nel Bando di selezione e relativi allegati.

Per il concorrente di nazionalità italiana la dichiarazione dovrà essere sottoscritta nelle forme stabilite dall'art. 38 D.P.R. 445/2000.

Si rammenta che la falsa dichiarazione:

- a) comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000;
- b) costituisce causa d'esclusione dalla partecipazione a successive gare per ogni tipo di affidamento pubblico.

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Amministrazione appaltante si riserva di procedere a verifiche d'ufficio.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

*FAC-SIMILE DI DICHIARAZIONE NECESSARIA PER L'AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER
L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOCCORSO SANITARIO IN MARE – EMERSANMARE - ANNO 2015
NELLA ZONA COSTIERA COMPRENDENTE I COMUNI DI COMPETENZA
DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA*

Spett.le DIREZIONE GENERALE ASL FG

Piazza Libert , 1

71100 FOGGIA

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____ nato il _____ a
_____ residente a _____ Via _____
codice fiscale _____ in qualit  di _____
dell'Associazione di Volontariato _____ con sede in
_____, Via _____.

CHIEDE

di partecipare alla selezione in oggetto: ai fini dell'ammissibilit  alla selezione in oggetto, consapevole che la falsit  in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove, in sede di controllo delle dichiarazioni da rese, emerga la non veridicit  del contenuto della dichiarazione, decadr  dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'articolo 75 del D.P.R. 445/00,

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 38, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

(barrare la casella in corrispondenza di ogni dichiarazione)

che l'Associazione   cos  esattamente denominata:

ha forma giuridica di _____

ha sede legale a _____ c.a.p. _____ Via _____ n. _____, ha sede operativa

a _____ c.a.p. _____ Via _____ n. _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

**REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

- di essere in possesso dei requisiti di cui alla Legge 11 agosto 1991, n.266 (Legge-Quadro sul Volontariato) nonché della Legge Regionale 16 marzo 1996, n.11;
- di essere autorizzata al Trasporto e Soccorso di Infermi e Feriti ai sensi della Legge Regionale 15 dicembre 1993, n.27, così come integrata dalla Legge Regionale 05 agosto 1996, n.17;
- di essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata dalla Regione Puglia ovvero da Azienda Sanitaria della Regione Puglia ai sensi dell'art. 18 della L.R. n. 25 del 03/08/2007;
- di essere iscritta all'elenco regionale delle Associazioni di Volontariato per la Protezione Civile, istituita ai sensi della L.R. n. 36/95;
- i soggetti volontari per la composizione dell'equipaggio sono i seguenti (esibire tutta la documentazione riguardante itali soggetti richiesta dal bando)
- gli Amministratori delegati a rappresentare ed impegnare legalmente l'Associazione sono i seguenti:

Sig..... In qualità di:	Nato a Il	Residente a Prov... Via n. C.F.
Sig. In qualità di:	Nato a Il	Residente a Prov..... Via n. C.F.
Sig. In qualità di	Nato a Il	Residente a Prov..... Via n. C.F.

- a. che nei confronti dell'Associazione non sussiste alcuna delle cause di esclusione per l'affidamento di pubblici servizi con riferimento a quanto previsto dall'articolo 38 del D. Lgs. 12/04/2006, n. 163, e, a tal proposito, dichiara che l'Associazione ha riportato le seguenti condanne penali per le quali ha beneficiato della non menzione:

- b. di aver preso esatta cognizione della natura della convenzione e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione, e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nel bando di selezione;
- c. di avere nel complesso preso conoscenza di tutte le circostanze generali, particolari nessuna esclusa ed eccettuata, che possono influire sullo svolgimento del servizio in oggetto;

- d. il referente che seguirà tutte le procedure di selezione è il sig. _____

numero di fax _____ telefono _____;

**REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

e. che per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente la selezione in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, l'Impresa/associazione

_____ elegge domicilio in Via _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____ tel. _____ fax

_____, e-mail _____;

- f. di essere a conoscenza che l'Amministrazione si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni;
- g. di essere consapevole che l'amministrazione contraente potrà utilizzare i dati della documentazione di selezione, esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, nonché per adempiere alle forme di pubblicità (D.Lgs. 196/2003).
- h. di possedere, unitamente ai propri soci, associati e dipendenti, i requisiti morali e professionali per l'esecuzione dell'affidamento pubblico;
- i. di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Impresa/associazione verrà esclusa dalla procedura ad evidenza pubblica per la quale è rilasciata, o, se risultata affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto dall'Amministrazione appaltante ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

_____, li _____

Firma _____

Data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(sottoscrizione in originale e per esteso)

ALLEGATI A PENA DI ESCLUSIONE:

- nell'ipotesi di intervento di un procuratore, i cui poteri non risultano riportati nella presente istanza, presentazione della procura, in originale oppure in copia autenticata.

IL PRESENTE SCHEMA COSTITUISCE PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLE NORME DI SELEZIONE

Allegato B

**DICHIARAZIONE OFFERTA NECESSARIA PER L'AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER
L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SOCCORSO SANITARIO IN MARE – EMERSANMARE -
ANNO 2015 NELLA ZONA COSTIERA COMPRENDENTE I COMUNI DI COMPETENZA
DELL' AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____ nato il _____ a
_____ residente a _____ Via _____
codice fiscale _____ in qualità di _____
dell'Associazione di Volontariato _____
con sede in _____, Via _____,

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione questa impresa decadrà dai benefici e dalle autorizzazioni per le quali la dichiarazione è stata rilasciata., di quantificare il rimborso omnicomprendivo di tutte le spese per l'espletamento del *SERVIZIO SOCCORSO SANITARIO IN MARE – EMERSANMARE - ANNO 2015 con n. 2 Idroambulanze e n. 2 Idromoto nella misura di*
€ _____

DICHIARA ALTRESI'

Di avere considerato e valutato tutte le condizioni, incidenti sulle prestazioni oggetto della gara, che possono influire sulla determinazione dell'offerta e delle condizioni contrattuali e di aver preso conoscenza di tutte le circostanze, generali e specifiche, relative all'esecuzione del contratto e di

*averne tenuto conto nella formulazione dell'offerta economica;
Che non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara previste
dalla vigente normativa di cui all'art. 38 del D. lgs n. 163/2006.*

Luogo e data

Firma del legale Rappresentante