



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto
tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Allegato 1/A

AL DIRETTORE
AREA SOCIO SANITARIA
Azienda Sanitaria Locale di TARANTO
Via Scotti ang. Via Ancona snc
c/o Palazzina III Lotto
74121 – TARANTO

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA A FAVORE DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI IN FASE TERMINALE AVANZATA RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLA ASL TA. ANNO 2024 – ISTANZA DI PARTECIPAZIONE.

Il sottoscritto _____ nato il _____ residente a _____ alla via _____ con codice fiscale _____ in qualità di **PRESIDENTE E RAPPRESENTANTE LEGALE** dell'associazione/fondazione _____ con sede legale in _____, alla Via _____ con codice fiscale n _____ e con partita IVA n _____ con la presente:

DICHIARA

che intende partecipare all'avviso pubblico in oggetto:

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA ALTRESÌ

- che l'associazione/fondazione è così esattamente denominata : _____, ha forma giuridica di _____



ONLUS (Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n. 460) ha sede legale ed operativa in _____, c.a.p. _____, via _____, n° _____, Codice Fiscale _____, Partita IVA _____;

- che gli amministratori delegati a rappresentare e impegnare legalmente l'Associazione/Fondazione sono i seguenti:
- il/la sig./sig.ra _____ nato a _____ il _____ residente in _____ alla Via _____, n° _____ C.F. _____ in qualità di PRESIDENTE E RAPPRESENTANTE LEGALE della predetta Associazione/Fondazione;
- che nei confronti sia dell'Associazione/Fondazione che del legale rappresentante non sussiste alcuna delle cause di esclusione per l'affidamento di pubblici servizi con riferimento a quanto previsto dall'articolo 80 del d.lgs 50/2016 e s.m.i. e, a tal proposito, dichiara che l'Associazione/Fondazione e/o il legale rappresentante **ha/non ha** riportato le seguenti condanne penali (incluse quelle per le quali ha beneficiato della non menzione).

(N.B. il dichiarante non è tenuto ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione)

- 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 e in tutte le norme della convenzione
 - che l'Associazione/fondazione è in regola con il versamento dei contributi INPS e INAIL, di competenza per i lavoratori impiegati e che le posizioni previdenziali ed assicurative sono le seguenti
- INPS sede di _____ matricola azienda _____;
- INAIL sede di _____ codice ditta _____;



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

- che l'Associazione/Fondazione ha n. _____ dipendenti e che il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato è il seguente: CCNL APPLICATO = _____ (dati richiesti ai fini dell'acquisizione del DURC);
- 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'Associazione/Fondazione _____ elegge domicilio in via _____, città _____ prov. _____ tel. _____ / _____, mail _____ pec _____;
- di essere consapevole che l'amministrazione contraente potrà utilizzare i dati contenuti nella documentazione di selezione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, nonché per adempiere alle forme di pubblicità (RGDP 679/2016);
- di possedere, unitamente ai propri soci, associati e dipendenti, i requisiti morali e professionali per l'esecuzione dell'affidamento pubblico;
- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Associazione/Fondazione verrà esclusa dalla procedura ad evidenza pubblica per la quale è rilasciata, o, se risultasse 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'Asl, ai sensi dell'art. 1456 c.c.
- di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e di essere consapevole che il mancato rispetto di detti obblighi comporterà la risoluzione del contratto da parte della stazione Appaltante.



Dichiara, altresì, quanto segue:

- che la data di costituzione dell'Associazione/Fondazione: costituita il _____, con atto per notaio _____ (registrato presso l' Agenzia delle Entrate il _____ al n. _____), che la stessa è senza fini di lucro, apolitica, apartitica e laica, iscritta nel Registro regionale delle Onlus della Regione Puglia (Determina Regionale N. _____ del _____ prot. n. _____)
- che gli scopi e i fini dell'Associazione/Fondazione sono: (in sintesi):

e si occupa di assistenza domiciliare oncoematologica gratuita e si avvale di medici, psicologi ed infermieri regolarmente retribuiti, adeguatamente formati, esperti in cure palliative.

- che i destinatari dell'intervento saranno i PAZIENTI TERMINALI ONCOEMATOLOGICI IN FASE AVANZATA E AVANZATISSIMA.

Obiettivo principale delle cure palliative è dare senso e dignità alla vita del malato fino alla fine, alleviando prima di tutto il suo dolore, e aiutandolo con i supporti non di ambito strettamente medico che sono altrettanto necessari. Questo tipo di medicina, dunque, non è solo una semplice cura medica, ma può favorire un percorso di riconciliazione e pacificazione rispetto alla vita del malato e delle persone che gli stanno attorno.

Gli obiettivi delle cure palliative sono ben riassunti così:

- Affermano il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale;
- non prolungano né abbreviano l'esistenza del malato;



- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri sintomi;
- considerano anche gli aspetti psicologici e spirituali;
- offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere il più attivamente possibile sino al decesso;
- aiutano la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia e poi con il lutto.

Iscrizione nel Registro regionale del volontariato:

Delibera regionale N. _____ del / ____ / ____ / _____ /

indicare se l'iscrizione è stata già richiesta o se è in corso:

Organi statutari:

Organo che elegge la Rappresentanza sociale:

Metodo di elezione (allegare il verbale dell'ultima Assemblea nella quale sono stati eletti gli Organi in carica):



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Data di scadenza degli organi della Rappresentanza sociale: ____/____/_____

Elenco nominativo dei componenti degli attuali Organi (nome, cognome, carica ricoperta, indirizzo, recapito telefonico ed eventuale e-mail):

N. di soci aventi diritto al voto: _____

N. di soci volontari operanti, alla data di presentazione della domanda, che saranno utilizzati nella gestione della commessa (fare riferimento alle figure professionali richieste a pag. 2, tabella 1 – “profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari” e all’art. 9 lett. b) e c) della convenzione):

N. di unità di altro personale (non volontario) utilizzato nella gestione della commessa (infermieri, medici, psicologi) avente, alla data di presentazione della domanda, un rapporto contrattuale con



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

l'Associazione/Fondazione, precisando, per ogni unità, il numero di ore previsto nel rapporto contrattuale instaurato:

Modalità di intervento: (la ditta dovrà riportare, sulla base delle indicazioni tecniche di cui alla tabella 1 “profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari” della convenzione, il numero e le ore di prestazioni che l'Associazione/Fondazione sarà in grado di garantire, nell'ambito territoriale prescelto

Strutture e mezzi:



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Precedenti esperienze e convenzioni:

Esperienza professionale degli operatori (allegare curricula, con particolare riferimento al personale laureato)

Fonti di finanziamento:

Numero di pazienti assistiti negli anni

2021 _____



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

2022 _____

2023 _____

Numero di pazienti che l'Associazione/Fondazione è attualmente in grado di assistere, alla data di presentazione dell'istanza, nel rispetto delle prescrizioni tecniche di cui alla tabella 1 "profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari", pag. 2 della convenzione

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

DICHIARA:

- che ha preso visione dello schema allegato al presente bando, e che lo approva in tutte le sue parti;
- che l'Associazione/Fondazione rappresentata è in possesso dei requisiti richiesti;
- che è in grado di erogare le prestazioni indicate dalla convenzione;
- che accetta l'importo forfettario ivi indicato;
- che si impegna a stipulare apposita convenzione secondo lo schema allegato.

Note:



ASL Taranto

PugliaSalute

AREA SOCIO SANITARIA

Direttore: Dott. Vito Giovannetti

Via Scotti ang. Via Ancona snc c/o Palazzina III Lotto – 74121 Taranto

tel. 099 7786151 – 099 7786168 – 099 7786551 – 099 7786010

e-mail: areasociosanitaria@asl.taranto.it

areasociosanitaria.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Documenti allegati:

-DETERMINA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO (RUNTS) O REGIONALE DELLE ASSOCIAZIONI;

- DURC;

-STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE;

-ELENCO VOLONTARI CON RISPETTIVA QUALIFICA;

-CURRICULA OPERATORI;

-CODICE ETICO DELL'ASSOCIAZIONE\FONDAZIONE;

-COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE;

-COPIA COPERTURA ASSICURATIVA DEI VOLONTARI;

- ALTRI ALLEGATI LIBERI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Luogo, _____ Data ____/____/____

In fede
LEGALE RAPPRESENTANTE
(Timbro dell'Associazione/Fondazione)
