

ALLEGATO n. 3) FAC-SIMILE DI PROPOSTA PROGETTUALE

SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO DI EMERGENZA E URGENZA RISERVATO ALLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO ISCRITTE ALLA SEZIONE “ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO” DEL RUNTS (art. 57 D.lgs. n. 117/2017).

- ☐ AREA ISONTINA: AREA TERRITORIALE 1A - Gorizia
- ☐ AREA ISONTINA: AREA TERRITORIALE 1B - Cormons
- ☐ AREA ISONTINA: AREA TERRITORIALE 1C – Gradisca d'Isonzo

(NB: spuntare la casella per l'area la quale si presenta la proposta progettuale)

PIANO DI ATTIVITA'

ODV proponente:

Responsabili e/o referenti	
Nominativo	Recapito telefonico - email

1) progetto di gestione del servizio, illustrante le modalità operative di svolgimento del servizio offerto con dettaglio:

- a) modalità di gestione delle risorse umane da impiegare nell'attività;
- b) descrizione delle modalità di gestione a garanzia di continuità del servizio (ad es. in caso di malattia, rottura dei mezzi etc.) e copertura dello stesso (ad es. nel caso di sopravvenute esigenze di estrema urgenza).
- c) modalità di integrazione/raccordo con la Centrale Operativa Regionale SORES FVG e con le U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dei Presidi Ospedalieri aziendali (*per area giuliana, S.S.D. del Sistema 118*) dell'ASUGI;
- d) modalità proposte per autocontrollo prestazioni e risoluzione eventuali "non conformità";
- e) sistema di tracciabilità dei trasporti e codifica ai fini di una corretta imputazione del servizio all'organizzazione esecutrice e successiva verifica dei costi da rimborsare.

2) risorse umane impiegate nel servizio: descrizione dell'**organigramma** articolato almeno nei seguenti elementi di dettaglio:

- a) N° autisti; N° accompagnatori/soccorritori; N° coordinatori, distinguendo fra volontari ed eventuali lavoratori con indicazione dell'eventuale esperienza maturata nel settore specifico in termini temporali e territoriali;
- b) competenze (titoli e qualifiche) del Responsabile del servizio, con particolare riguardo alle sue mansioni, responsabilità e disponibilità per affrontare e gestire emergenze e criticità;
- c) il piano formativo iniziale ed il programma di formazione continua previsto durante il periodo contrattuale;

3) indicazione e descrizione dei veicoli che saranno utilizzati mediante la compilazione delle seguenti tabelle:

a) elenco automezzi posti a disposizione per l'espletamento del servizio:

AMBULANZE:

Numero complessivo delle ambulanze: _____

Caratteristiche dei mezzi:

Targa	modello	Anno di immatricolazione	Chilometraggio percorso	Titolo di possesso	Data prossima revisione	Polizza assicurativa		
						Compagnia	scadenza	massimali

b) programma manutenzioni/controlli e sanificazioni/disinfezioni autoveicoli con evidenziazione delle operazioni ordinarie previste per legge o da capitolato e di quelle ulteriori proposte dal concorrente;

c) programma manutenzioni/controlli dotazioni, impiantistica e apparecchiature presenti nei veicoli con evidenziazione delle operazioni ordinarie previste per legge o da capitolato e di quelle ulteriori

proposte dal concorrente;

d) le procedure in caso di avaria dei mezzi ed i tempi di sostituzione;

e) la procedura per la gestione dell'impianto di ossigeno;

f) il piano di aggiornamento del parco ambulanze con previsione della sostituzione dei mezzi con percorrenza superiore ai 150.000 km;

g) piano continuità servizio e gestione emergenze per sostituzione mezzi per manutenzioni ordinarie e/o per eventuali "fermo macchina" causati da furti, guasti, incidenti, manutenzioni straordinarie;

h) indicazione dei mezzi ricevuti a titolo di donazione o per i quali si sono ottenuti dei contributi.

4) reportistica sul servizio da svolgere (da presentare mensilmente al fine del rimborso dei costi) con particolare riferimento alla documentazione attestante i costi effettivamente sostenuti e **modalità di rendicontazione**, con specificazione delle singole voci ammesse a rimborso.

AREA ISONTINA

Area territoriale	Postazioni 118	Mezzo, equipaggio e orario	Importo annuo rimborsabile (equipaggio completo)
1 A	Gorizia	Ambulanza BLS – h 14 (07.00-21.00) (3 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista)	€ 337.260,00
1 B	Cormons	Ambulanza ALS – h 24 (2 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista + 1 infermiere)	€ 639.480,00
1 C	Gradisca d'Isonzo	Ambulanza ALS – h 14 (07.00-21.00) (2 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista)	€ 281.050,00
		Auto medicalizzata – h 24 (1 autista soccorritore)	€ 280.320,00

PIANO INDICATIVO DI SPESA

Si riporta di seguito uno schema di dettaglio **indicativo** delle voci che possono comporre l'offerta.

Si chiede di compilare, ove pertinente, il seguente schema di dettaglio

PIANO INDICATIVO DI SPESA	
Elencare le varie voci in modo dettagliato (es. a titolo puramente indicativo: prestazioni lavorative, materiali di consumo, spese per trasporto, manutenzione/controlli/pulizia/sanificazione mezzi e apparecchiature, assicurazioni, per gestione impianto ossigeno, costi della sicurezza, costi formazione dipendenti, rimborsi spese ai volontari, ecc. ...)*	
Tipologia	Spesa
TOTALE SPESE	

*Si ricorda che non potranno essere ammesse a rimborso le spese:

- Per l'acquisto di beni durevoli/ammortizzabili (arredi, attrezzature, ecc...) neppure se stabilmente impiegati nelle attività convenzionate;
- Su scontrini generici non identificativi della specifica tipologia di spesa;
- Per iniziative esclusivamente pro soci;
- Per rimborsi spese forfettari;
- Per interventi strutturali.

SPESE RIMBORSABILI: è ammesso esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute per lo svolgimento delle attività affidate, con esclusione di qualsiasi attribuzione a titolo di maggiorazione, accantonamento, ricarico o simili.

Il rimborso dei costi indiretti (es. canoni di locazione, manutenzioni, spese generali) è consentito limitatamente alla quota parte imputabile direttamente all'attività oggetto della convenzione."

Sono ammesse a rimborso le spese di ammortamento su automezzi **esclusivamente** utilizzati per il servizio oggetto di convenzione (solo automezzi utilizzati in Convenzione per l'esclusivo trasporto di infermi e non quelli ad uso istituzionale).

DETTAGLIO INDICATIVO DI SPESA <i>(indicare il presunto costo orario per la sola tipologia di servizio per cui si presenta la proposta progettuale)</i>		
Mezzo, equipaggio	Importo massimo costo orario rimborsabile	Presunto costo orario servizio
Ambulanza BLS (3 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista)	€66,00/ora	
Ambulanza ALS (2 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista + 1 infermiere)	€73,00/ora	
Ambulanza ALS (2 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista)	€55,00/ora	
Auto medicalizzata (1 autista soccorritore)	€32,00/ora	
Ambulanza ALS stagionale (2 operatori/soccorritori di cui 1 con funzione di autista + 1 infermiere)	€73,00/ora	

Data _____

(firma del legale rappresentante)

Allegare copia fotostatica di un documento di riconoscimento, in corso di validità, del dichiarante.