

## ALLEGATO 2 - FAC-SIMILE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**OGGETTO: PROCEDURA PER L'EVENTUALE STIPULA DI UNA CONVENZIONE PER IL SERVIZIO DI SOCCORSO E TRASPORTO SANITARIO CON AMBULANZA NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA SANITARIA PER L'AREA ISONTINA**

Il sottoscritto (Cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
autorizzato a rappresentare legalmente la Cooperativa/ditta \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P. I.V.A. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_

presa visione ed accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso pubblico finalizzato all'acquisizione di manifestazioni di interesse per l'eventuale affidamento del servizio in oggetto

### MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad essere invitato alla procedura per l'eventuale stipula di una convenzione per il servizio di soccorso e trasporto sanitario con ambulanza nell'ambito del sistema di emergenza/urgenza sanitaria per l'area isontina, dichiarando che la stima del costo complessivo del servizio e quindi l'ammontare del rimborso spese ritenuto necessario per le attività in convenzione ammonta a:

Lotto	Postazioni 118	Mezzo, equipaggio e orario	Costo orario proposto (equipaggio completo)	% di riduzione (equipaggio senza infermiere - se previsto)
1	Ospedale di Gorizia	Ambulanza BLS - h 14 (07.00-21.00) (2 autisti soccorritori + 1 soccorritore)	€ ..... (in cifre ed in lettere)	/

	Cormons	Ambulanza ALS – h 24 (2 autisti soccorritori + 1 infermiere)		% ..... (in cifre ed in lettere)
	Gradisca	Ambulanza ALS – h 14 (07.00-21.00) (2 autisti soccorritori + 1 infermiere)		
		Auto medicalizzata – h 24 (1 autista soccorritore)		/
2	Ospedale di Monfalcone	Ambulanza ALS– h 24 (2 autisti soccorritori)	€ ..... (in cifre ed in lettere)	/
		Ambulanza BLS – h 14 (07.00-21.00) (2 autisti soccorritori + 1 soccorritore)		
3	Grado	Ambulanza ALS – h 24 (2 autisti soccorritori + 1 infermiere)	€ ..... (in cifre ed in lettere)	% ..... (in cifre ed in lettere)

Solo per chi concorre per il lotto n. 3, valorizzare obbligatoriamente anche i seguenti campi:

Postazioni 118	Mezzo, equipaggio e orario	Costo orario proposto (equipaggio completo)	% di riduzione (equipaggio senza infermiere/ soccorritore - se previsto)
Lotto 3 Grado (stagionale - come da calendario ASUGI)	Ambulanza – h 14 (07.00-21.00) nel periodo estivo; possibile utilizzo della stessa nei week-end pre/post periodo estivo h 12 (08.00 – 20.00)  (2 autisti soccorritori + 1 infermiere)	€ ..... (in cifre ed in lettere)	% ..... (in cifre ed in lettere)

Indicare il rimborso orario proposto per eventuali servizi aggiuntivi richiesti:

€ \_\_\_\_\_/h - Euro \_\_\_\_\_/h ( cifre/lettere) – ambulanza con infermiere

€ \_\_\_\_\_/h - Euro \_\_\_\_\_/h ( cifre/lettere) – ambulanza senza infermiere

Tali importi si intendono comprensivi dei costi di gestione quantificabili su base annua in:

Ambulanze:

Mezzi (ammortamento) \_\_\_\_\_

Personale \_\_\_\_\_

Abbigliamento \_\_\_\_\_

Assicurazione \_\_\_\_\_

Manutenzione automezzi \_\_\_\_\_

Carburante \_\_\_\_\_

Varie \_\_\_\_\_

Auto medicalizzate (se previste):

Mezzi (ammortamento) \_\_\_\_\_

Personale \_\_\_\_\_

Abbigliamento \_\_\_\_\_

Assicurazione \_\_\_\_\_  
Manutenzione automezzi \_\_\_\_\_  
Carburante \_\_\_\_\_  
Varie \_\_\_\_\_

I suddetti corrispettivi richiesti per lo svolgimento del servizio di cui trattasi si intendono omnicomprensivi (e quindi comprensivi e remunerativi anche dei costi e degli oneri per l'equipaggiamento, i mezzi, il personale ed il materiale messi a disposizione per assicurare le prestazioni richieste nonché dei costi derivanti dagli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione degli aderenti/operatori e alle condizioni di lavoro, le spese relative ai viaggi, copertura assicurativa, carburanti, ecc.).

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

1. il possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione a gare, con particolare riferimento a quelli previsti dall'art. 80 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
2. di essere in possesso dei requisiti di cui alla L. 266/1991 e alla L.R. n. 23/2012 e che alla data di presentazione della domanda di partecipazione al bando, risultano permanere i requisiti per l'iscrizione;
3. di essere iscritta da almeno 10 anni nell'apposito registro regionale (FVG) delle Associazioni di volontariato, il cui Statuto preveda espressamente la possibilità di concorrere, anche mediante l'utilizzo di personale volontario, al raggiungimento delle finalità ed all'adempimento dei compiti del SSN, attraverso la stipula di apposite convenzioni con enti pubblici;
4. l'iscrizione al registro delle organizzazioni di volontariato \_\_\_\_\_;
5. l'iscrizione ad altri albi o registri: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. di aver individuato le attività oggetto della convenzione (servizio di emergenza) nell'ambito degli scopi statutari dell'Associazione;
7. di avere sede da almeno 3 anni nella sede principale del lotto per il quale si formula la domanda di partecipazione;
8. che il personale adibito al servizio è in possesso dei requisiti, dell'idoneità fisica senza limitazioni;
9. l'insussistenza di alcuna delle ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi della normativa vigente;

10. di impegnarsi ad assicurare i propri aderenti, che prestano tale attività, contro gli infortuni e le malattie connessi con lo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso terzi;
11. di impegnarsi a stipulare un'adeguata polizza assicurativa per danni a persone o cose che possono verificarsi durante lo svolgimento del servizio prima dell'avvio dello stesso;
12. di avere immediata e piena disponibilità di un parco automezzi di soccorso in numero non inferiore a quello richiesto e con le caratteristiche ed equipaggiamento indicato nella convenzione, e , nello specifico:

N. complessivo delle ambulanze: ____								
Targa	Modello	Anno immatricolazione	Km percorsi	Titolo di possesso	Data prossima revisione	Polizza assicurativa		
						Compagnia	Scadenza	massimali

N. complessivo delle auto medicalizzate: ____ (se previste)								
Targa	Modello	Anno immatricolazione	Km percorsi	Titolo di possesso	Data prossima revisione	Polizza assicurativa		
						Compagnia	Scadenza	massimali

13. che i mezzi dichiarati nel punto precedente non sono oggetto di altro rapporto convenzionale per il trasporto primario anche in altre province;
14. di garantire la disponibilità, in caso di maxiemergenza, di n. 1 ulteriore mezzo di soccorso (con autista e soccorritore) da attivarsi entro un'ora dalla chiamata, per il relativo lotto di partecipazione;
15. di eseguire su tutte le apparecchiature e i mezzi messi a disposizione la necessaria manutenzione ordinaria, straordinaria e preventiva;
16. di aver stipulato un contratto con un fornitore di servizi di ingegneria clinica per la manutenzione degli elettromedicali in uso sui mezzi di soccorso;
17. di impegnarsi a utilizzare quanto fornito dall'Azienda (presidi, farmaci, materiale di consumo e biancheria) esclusivamente nell'ambito delle attività previste a ASUGI;

18. di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, verrà esclusa dalla procedura di selezione o, se è risultata affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato;

19. di aver svolto, nell'ultimo triennio, almeno sei mesi nell'ambito di servizi analoghi indicandone il relativo fatturato medio annuo (illustrare sinteticamente l'attività svolta, anni e luoghi di svolgimento del servizio):

---

---

---

---

---

20. che il seguente istituto bancario o intermediario è in grado di attestare la solvibilità finanziaria:

---

sede \_\_\_\_\_

21. di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'oggetto ai seguenti recapiti:

Nominativo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

*Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore*