SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Allegato 1

Spett.le
Azienda Ospedaliero – Universitari di Parma
Via Gramsci, 14
43126 Parma

c.a. *Struttura Complessa Affari Generali*

OGGETTO: "***Domanda di partecipazione all'avviso di manifestazione di interesse, diretto ad organizzazioni di volontariato, per svolgere attività, gratuita e a carattere non sanitario, di assistenza e supporto a favore dei pazienti in età pediatrica affetti da malattie ematologiche ed oncologiche in cura presso l'U.O. Pediatria e Oncoematologia dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, e loro familiari".***

Il/La sottoscritto/a ……., nella qualità di Legale Rappresentante della Organizzazione di volontariato ……, in relazione all'Avviso pubblico di Manifestazione di interesse di cui all'oggetto, pubblicato sul sito web aziendale, con la presente richiesta intende inviare la domanda di partecipazione dell'Organizzazione sopra indicata alla procedura ad evidenza pubblica.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm., consapevole delle responsabilità derivanti dall'aver reso dichiarazioni mendaci,

DICHIARO CHE

1) i dati identificativi dell'Organizzazione di volontariato, da me rappresentata, sono:
   a) denominazione:_____;
   b) sede legale e riferimenti:
      Via/Piazza_____, n. ____ CAP _____ Città_____ _____;
      indirizzo PEC_____@ _____;
      indirizzo E- MAIL _____@_____;
      C.F._____;

c) attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto) _____ _____;

d) attività secondarie: _____;

e) n. _____iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (Runts);

f) recapiti telefonici: tel:_____;

2) di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico;

3) di aver ottemperato alle prescrizioni di legge in tema di polizza assicurativa in relazione all'impiego di volontari, secondo quanto specificato all'art. 18 del D.Lgs. 117/2017;

4) di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l'Avviso pubblicato ed i relativi Allegati;

5) che non sussistono cause da cui possa derivare l'esclusione dalla procedura o incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 94 del D.Lgs. 36/2023, né ipotesi di conflitto di interesse;

6) di impegnarsi a comunicare qualsiasi modificazione relativa all'ODV dal sottoscritto rappresentata;

7) di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni formali avverranno esclusivamente a mezzo PEC o all'indirizzo indicato nella presente domanda;

8) di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;

9) di esprimere la propria disponibilità ed interesse a prestare la propria attività presso l'U.O. Pediatria e Oncoematologia dell'Azienda.

A tal fine allega:

- Dichiarazione sostitutiva, sotto forma di atto notorio e di certificazione, secondo il modulo previsto (*allegato 2*);
- Documento di identità, **in corso di validità**, del legale rappresentante;
- Progetto per l'ambito di attività indicato in avviso, secondo il modello allegato (*allegato 3*);
- Statuto dell'Organizzazione.

Lì, _____,…../…../……

(Nome e Cognome per esteso e leggibile)

Firma_____