

ALLEGATO 1

Spett.le
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma
Via Gramsci, 14
43126 Parma

Alla c.a. S.C. Affari Generali
Nel caso di trasmissione via PEC utilizzare l'indirizzo:
protocollo@cert.ao.pr.it

Oggetto: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'autorizzazione annuale all'esercizio di attività di assistenza non sanitaria (ANS) presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritt.....(nome e cognome)..... nat il __/__/__,
a(Comune) (Prov.) Stato
residente a in Via....., n.
civico..... CAP..... Codice fiscale, in qualità di
Legale Rappresentante della
Agenzia/Cooperativa/Impresa/Associazione..... (indicare
tipologia e inserire denominazione)

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per l'autorizzazione annuale all'esercizio dell'attività di assistenza non sanitaria (ANS) a titolo oneroso in favore dei degenti presso le articolazioni organizzative dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, avvalendosi per l'attività della collaborazione di propri operatori, indicati nell'elenco allegato alla presente istanza

DATI IDENTIFICATIVI DELLA AGENZIA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR per le falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che la Agenzia/Cooperativa/Impresa/Associazione.....

- È iscritta presso (Camera di Commercio /Registro Unico del Terzo Settore) al n..... ;



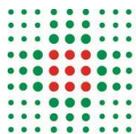
- Ha sede legale e/o amministrativa a in Via....., n., CAP
- Contatti telefonici:
- Indirizzo e-mail.....;
- Indirizzo PEC.....;
- Partita IVA/Codice Fiscale

DICHIARAZIONI PER LA PARTECIPAZIONE
--

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR 445/2000

DICHIARA

- a) di avere ottemperato e di ottemperare a tutti gli obblighi di legge previsti in capo ai datori di lavoro ovvero ai prestatori di lavoro;
- b) di non aver riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato e di non avere procedimenti penali in corso;
- c) di essere in possesso dei requisiti di ordine generale ai sensi dell'art. 94 del D.Lgs.36/2023;
- d) di attestare che la persona giuridica di cui è rappresentante legale non è sottoposta a procedure di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo;
- e) di rispettare per il personale impiegato nell'attività tutte le norme e gli obblighi assicurativi, applicando le condizioni normative e retributive previste dagli specifici accordi contrattuali;
- f) di garantire che il personale, di cui all'elenco allegato alla presente domanda, adibito all'attività di ANS presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, è in regola con le norme sanitarie vigenti e con le vigenti normative sul soggiorno in Italia;
- g) di rispettare la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, sicurezza, igiene e il Codice di comportamento dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma;
- h) di avere stipulato idonee polizze assicurative a copertura degli infortuni eventualmente occorrenti nell'espletamento dell'attività di ANS presso le strutture operative dell'Azienda Ospedaliero – Universitario di Parma, nonché per la responsabilità civile verso terzi a tutela dei soggetti assistiti e comunque di persone e beni aziendali;
- i) di esonerare l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma da qualsiasi responsabilità derivante da inadempimento contrattuale o fatto illecito, anche penalmente rilevante e/o da atti contrari al Codice di Comportamento e alla normativa sulla protezione dei dati personali, che sia conseguenza di azioni e/o omissioni derivanti o correlate all'attività prestata dai propri collaboratori/addetti/soci, ivi compresi eventuali danni a cose e/o persone.



ULTERIORI DICHIARAZIONI PER LA PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a

DICHIARA INOLTRE

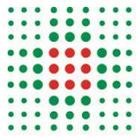
- a) di avere preso visione e copia del Regolamento per l'esercizio dell'attività di assistenza non sanitaria (ANS) e di impegnarsi nel darvi piena e integrale applicazione all'interno delle unità operative dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma e nel diffonderne la conoscenza tra i collaboratori individuati per l'attività in oggetto;
- b) di avvalersi esclusivamente di collaboratori in grado di svolgere il servizio di assistenza non sanitaria e di comunicare e relazionarsi con i pazienti e gli operatori sanitari;
- c) di applicare, in considerazione del fatto che le prestazioni di ANS vengono rese sulla base di un rapporto a titolo oneroso – che si instaura direttamente tra paziente e/o suoi familiari, da un lato, e gli autorizzati a prestare assistenza non sanitaria, dall'altro – le tariffe sotto riportate (le quali rimarranno fisse per l'intero periodo di validità dell'autorizzazione e saranno riportate nel Tabellone Unico)

Imponibile	€ _____
IVA pari al _____%	€ _____
Totale tariffa oraria	€ _____

- d) di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma rispetto a eventuali variazioni intervenute nel possesso dei requisiti dei propri operatori;
- e) di essere a conoscenza che la mancata produzione della documentazione da allegare all'istanza e/o la non completezza/corrispondenza della documentazione ai requisiti richiesti sarà motivo di non autorizzazione all'esercizio dell'attività di assistenza non sanitaria.

SI ALLEGA:

- copia del contratto di assicurazione per responsabilità civile verso terzi, con idonei massimali, non inferiori a 500.000 euro;
- copia di polizza assicurativa con idonei massimali (non inferiori a 250.000 euro) a garanzia di eventuali infortuni dei propri collaboratori verificatisi – anche in itinere durante lo svolgimento dell'assistenza aggiuntiva non sanitaria;
- elenco nominativo degli operatori disponibili per l'attività di assistenza aggiuntiva non sanitaria, compilato secondo lo schema allegato all'avviso pubblico e corredato dai dati relativi ai documenti identificativi degli stessi in corso di validità (passaporto/carta d'identità e permesso di soggiorno per cittadini non comunitari) o dai dati di documenti che ne attestino la richiesta di rinnovo;
- copia del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante.



Il Legale Rappresentante

(Luogo e data)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del Regolamento UE 2016/679

- I dati di cui alla presente domanda e relativi allegati saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse;
- non saranno diffusi e potranno essere comunicati a soggetti terzi che agiscono quali Titolari autonomi solo qualora previsto da norme di legge o regolamento;
- il trattamento dei dati verrà effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- il conferimento dei dati è obbligatorio. La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è l'esclusione dalla procedura;
- Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con sede in Via Gramsci, 14 – 43126 Parma. Il Responsabile della Protezione Dati (di seguito RPD o Data Protection Officer - DPO) può essere contattato all'indirizzo email: dpo@ao.pr.it;
- I dati di cui alla presente istanza saranno conservati presso gli uffici dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma per 10 anni;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, nel caso, ottenerne l'accesso o la rettifica o integrazione qualora inesatti o incompleti, indirizzando apposita istanza al Responsabile della Protezione dei Dati Personali tramite email: dpo@ao.pr.it o tramite l'URP urp@ao.pr.it, via Gramsci, 14 -43126 Parma.