

Allegato 1

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

c.a. *Struttura Complessa Affari Generali*

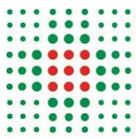
**OGGETTO: “Domanda di partecipazione all’avviso di manifestazione di interesse, diretto ad organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, per svolgere attività, gratuita e a carattere non sanitario, di supporto a favore di pazienti affetti da patologie ematologiche in cura presso l’U.O. Ematologia e C.T.M.O. dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, e loro familiari”.**

Il/La sottoscritto/a ....., nella qualità di Legale Rappresentante della Organizzazione di volontariato/Associazione di Promozione Sociale ....., 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/Associazione 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**

- 1) che i dati identificativi dell’Organizzazione di volontariato/Associazione di promozione sociale, 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 aver preso visione dei contenuti dell’Avviso pubblico di indizione della procedura pubblica in oggetto e di accettarne integralmente le condizioni;
- 3) di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti previsti dall’Avviso pubblico;
- 4) di impegnarsi a comunicare qualsiasi modificazione relativa all’ODV/APS dal sottoscritto rappresentata;



- 5) 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;
- 6) di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento di cui al D.P.R. n. 62/2013, recentemente modificato dal DPR 13 giugno 2023, n. 81 - recepito ed integrato dal Regolamento Interaziendale approvato con delibera n. 40 del 24.01.2024 "*Codice di comportamento interaziendale per il personale operante presso le Aziende sanitarie Ausl e Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma – aggiornamento 2024*" (reperibile sul sito internet istituzionale dell'Ente nella sezione "Amministrazione Trasparente") - e di impegnarsi, in caso di stipula della convenzione, ad osservare e a far rispettare ai propri dipendenti e/o collaboratori a qualsiasi titolo le disposizioni contenute nel suddetto codice;
- 7) di garantire, in caso di stipula della Convenzione, che le attività verranno prestate nel rispetto delle norme in materia di prevenzione della corruzione previste dalla Legge n. 190/2012 e ss.mm. e ii., ivi inclusa la disposizione dell'articolo 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n.165/2001 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro clausola anti-pantouflage), nonché della Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), adottato dall'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma e visionabile sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- 8) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 679/2016 (G.D.P.R.), relativo alla protezione dei dati personali, come riportata nell'Avviso pubblico per la selezione in oggetto, e di acconsentire al trattamento dei dati forniti per gli adempimenti connessi alla presente procedura;
- 9) di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;
- 10) di impegnarsi a garantire, in caso di stipula di convenzione in esito al presente avviso, in qualità di "Responsabile del Trattamento" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE n. 679/2016, l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate, in grado di assicurare che il trattamento dei dati personali sia conforme alla normativa in materia di protezione dati e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato;
- 11) di esprimere la propria disponibilità ed interesse a prestare la propria attività presso il reparto dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma indicato nell'Avviso.

A tal fine allega:

- Dichiarazione sostitutiva, sotto forma di atto notorio e di certificazione, inerente il possesso dei requisiti previsti per partecipare alla procedura, secondo il modulo previsto (*allegato 2*);
- Documento di identità, **in corso di validità**, del legale rappresentante;
- Proposta di collaborazione 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 \_\_\_\_\_