

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](mailto: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**

\_\_/\_\_/\_\_ 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

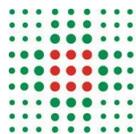
**DATI IDENTIFICATIVI DELL'AGENZIA**

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 .....
- Codice Fiscale/Partita IVA .....

<b>DICHIARAZIONI PER LA PARTECIPAZIONE</b>
--

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. 36/2003;
- d) di attestare che la persona giuridica di cui sono 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 l'assoggettamento al previsto regime fiscale delle prestazioni erogate;
- g) 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;
- h) di garantire il possesso delle certificazioni di regolare soggiorno sul territorio italiano da parte dei propri dipendenti/collaboratori;
- i) 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;
- j) di aver stipulato idonee polizze assicurative a copertura degli infortuni eventualmente occorrenti a dipendenti/collaboratori 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;
- k) 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 da o correlate all'attività prestata dai propri collaboratori/dipendenti/soci, ivi compresi eventuali danni a cose e/o persone.

**ULTERIORI 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 INOLTRE**

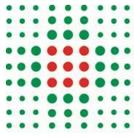
- a) di avere preso visione del Regolamento per l'esercizio dell'attività di assistenza non sanitaria (ANS) e di impegnarsi nel darvi piena e integrale applicazione all'interno delle unità operative dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma e nel diffonderne la conoscenza tra i collaboratori individuati per l'attività in oggetto;
- b) avvalersi esclusivamente di collaboratori in grado di svolgere il servizio di assistenza non sanitaria e di comunicare e relazionarsi in modo adeguato con pazienti ed 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)

<b>Imponibile</b>	€ _____
<b>IVA pari al _____ %</b>	€ _____
<b>Totale tariffa oraria</b>	€ _____

- d) di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma rispetto alle eventuali variazioni intervenute nel possesso dei requisiti dei propri operatori;
- e) di impegnarsi a fornire ai propri operatori autorizzati un camice di colore giallo e un tesserino identificativo, recante i dati identificativi dell'Agenzia;
- f) di rendere edotto il proprio personale delle norme di comportamento previste per coloro che prestano attività di Assistenza Non Sanitaria;
- g) di impegnarsi ad utilizzare come forma di pubblicità esclusivamente quella prevista dal Regolamento per l'esercizio dell'Assistenza Non Sanitaria, ossia il Tabellone Unico, redatto e fornito a spese esclusive delle Agenzie autorizzate, con esclusione di qualsiasi altra forma di pubblicità, intendendosi per tale qualsiasi forma di divulgazione dei servizi offerti, compresi la distribuzione o l'inserimento di opuscoli, bigliettini, locandine, adesivi in qualsiasi locale dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma;

**SI ALLEGA:**

- copia del contratto di assicurazione per responsabilità civile verso terzi (avente i requisiti previsti in avviso), con relativa quietanza di pagamento;



- copia del contratto di assicurazione (avente i requisiti previsti in avviso) a copertura di eventuali infortuni dei propri dipendenti e/o collaboratori, verificatisi *in itinere* o durante lo svolgimento dell'attività di assistenza non sanitaria, con relativa quietanza di pagamento;
- 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.

---

(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante

---

#### **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. Il mancato conferimento dei dati comporta 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 dei Dati (di seguito RPD o Data Protection Officer – DPO) può essere contattato all'indirizzo e-mail: [dpo@ao.pr.it](mailto:dpo@ao.pr.it)
- I dati di cui alla presente istanza verranno conservati presso gli Uffici dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma in base al principio della necessità del trattamento. I tempi di conservazione dei dati dipendono, in generale, dalle leggi e dai tempi di conservazione degli atti che li contengono, in conformità alle norme di conservazione della documentazione amministrativa.
- 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 tramite all'indirizzo email sopra indicato oppure tramite URP (email: [urp@ao.pr.it](mailto:urp@ao.pr.it), indirizzo: via Gramsci, 14 – 43126 Parma).