

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

Allegato A)

DOMANDA

Avviso Pubblico per la selezione di Enti del Terzo Settore per la realizzazione di attività di accoglienza, supporto psicosociale e informatico a favore dei pazienti afferenti all'Unità Operativa di Malattie Emorragiche Congenite e i loro familiari.

La/il sottoscritta/o _____

nata/o _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante

dell'ETS _____

con sede legale in _____ Via _____

Codice Fiscale/Partita I.V.A. _____

Telefono _____ fax _____ E-mail _____

PEC

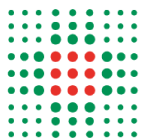
CHIEDE

di aderire alla manifestazione d'interesse per la selezione di Enti del Terzo Settore per la selezione di Enti del Terzo Settore per la realizzazione di attività di accoglienza, supporto psicosociale e informatico a favore dei pazienti afferenti all'Unità Operativa di Malattie Emorragiche Congenite e i loro familiari;

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/200 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che le attività proprie dell'ETS sono le seguenti:



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

-
-
-
-
- per quanto di propria conoscenza, di rispettare quanto previsto dall'art. 53, comma 16- ter del D.Lgs, 165/2001 (c.d. Pantouflage);
 - di non trovarsi in una delle cause d'esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
 - di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni contenute nell' Avviso Pubblico per la selezione di Enti del Terzo Settore per la realizzazione di attività di accoglienza, supporto psicosociale e informatico a favore dei pazienti afferenti all'Unità Operativa di Malattie Emorragiche Congenite e i loro familiari;
 - di aver preso visione e di accettare quanto riportato all'art. 10 dell'Avviso Pubblico per la selezione di Enti del Terzo Settore per la realizzazione di attività di accoglienza, supporto psicosociale e informatico a favore dei pazienti afferenti all'Unità Operativa di Malattie Emorragiche Congenite e i loro familiari;
 - di impegnarsi al rispetto integrale delle clausole anticorruzione per quanto applicabili.

Allega:

- Copia di documento di identità del legale rappresentante;**
- Progetto organizzativo-gestionale (come da fac-simile Allegato B);**
- Curriculum vitae o descrizione dei profili professionali delle figure chiave che saranno coinvolte nel progetto, corredato dell'evidenza di iscrizione all'albo di appartenenza**

Luogo e data _____

Firma autografa Legale Rappresentante

oppure

Firma digitale Legale Rappresentate
