

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

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

Allegato C

DOMANDA

di iscrizione all'Elenco di Enti del Terzo Settore (ETS) qualificati a collaborare con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola tramite co-progettazione, co-programmazione, convenzionamento, ai sensi degli artt. 55, 56 del D.Lgs. 117/17, per lo sviluppo, la realizzazione, la gestione di progetti ed attività di interesse generale

La/il sottoscritta/o _____

nata/o _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante

dell'Ente del Terzo Settore denominato _____

con sede legale in _____ Via _____

Codice Fiscale/Partita I.V.A. dell'Ente _____

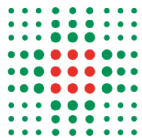
Telefono _____ fax _____ e-mail _____

PEC

CHIEDE

l'inserimento nell'Elenco di Enti del Terzo Settore (ETS) qualificati a collaborare con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola tramite co-progettazione, co-programmazione, convenzionamento, ai sensi degli artt. 55, 56 del D.Lgs. 117/17, per lo sviluppo, la realizzazione, la gestione di progetti ed attività di interesse generale

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 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.



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

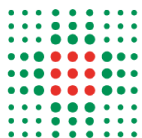
POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

DICHIARA

- di essere iscritti da almeno 6 mesi nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS);
- di non aver riportato alcuna delle sanzioni previste dall'art. 9 c. 2 del D.Lgs. 231/01 e ss.mm.ii., che comportano divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di essere ottemperanti a tutte le prescrizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e di tutte le disposizioni di legge relativamente all'impiego di volontari secondo quanto specificato dall'art.18 del D. Lgs. 117/2017;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse anche solo potenziale con l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola (di seguito IRCCS AOU BO);
- di essere ottemperanti alle prescrizioni di cui all'art. 53, comma 16-ter, del D.lgs. 165/2001 (c.d. pantouflage);
- di aver preso visione del Regolamento aziendale "*in materia di rapporti tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola e gli Enti del Terzo Settore (ETS)*", pubblicato sul sito istituzionale dell'IRCCS AOU BO al seguente link: https://www.aosp.bo.it/sites/default/files/DELI0000325_2024_Stampa_unica.pdf
- di impegnarsi al rispetto integrale delle clausole anticorruzione per quanto applicabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, comunque non oltre 10 giorni dall'intervenuta modifica, a mezzo PEC, all'IRCCS AOU BO ogni variazione intervenuta rispetto al contenuto delle dichiarazioni rese, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, nella presente domanda di iscrizione "Allegato C", e ogni altro elemento rilevante ai fini dell'iscrizione;
- di essere costituiti da almeno 2 anni;
- di avere un numero di soci/associati non inferiore a 3.

Allega:

- copia di documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante;
- delibera o provvedimento dal quale si evinca la titolarità del Legale Rappresentante dell'Ente;
- atto costitutivo e statuto dell'Ente;
- iscrizione dell'Ente al RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore) ai sensi del D.Lgs. n. 117/2017;



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI

SANT'ORSOLA

- curriculum professionale dell'ETS recante l'indicazione dettagliata delle esperienze pregresse negli ambiti individuati dall'art. 5 del D.Lgs. n. 117/2017.

Luogo e data _____

Firma autografa Legale Rappresentante
oppure
Firma digitale Legale Rappresentate
