

**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 fototerapia domiciliare a favore di pazienti afferenti l'Unità Operativa di Dermatologia.

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

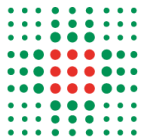
CHIEDE

di aderire alla manifestazione d'interesse per la selezione di Enti del Terzo Settore per la realizzazione attività di fototerapia domiciliare a favore di pazienti afferenti l'Unità Operativa di Dermatologia.

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 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 fototerapia domiciliare a favore di pazienti afferenti all'Unità Operativa di Dermatologia;
- di aver preso visione e di accettare quanto riportato all'art. 10 dell'Avviso Pubblico per la selezione di Enti del Terzo per la realizzazione di attività di fototerapia domiciliare a favore di pazienti afferenti all'Unità Operativa di Dermatologia;
- 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)**

Luogo e data _____

Firma autografa Legale Rappresentante

oppure

Firma digitale Legale Rappresentate
