Allegato 1 - **Modulo manifestazione interesse alla partecipazione all'avviso**

All'Azienda sanitaria Friuli Occidentale
Via Vecchia Ceramica n. 1
33170 – PORDENONE

A mezzo PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSERE PER L'AVVISO DI COPROGETTAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DI AZIONI DI SISTEMA, A SUPPORTO DELLE PERSONE ANZIANE FRAGILI, O DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, SUL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ DECRETO n. 832 del 02.11.2026

Il/La **sottoscritto/a** _____

CF _____

nato/a il _____ a _____ (prov) _____

in qualità di:

☐ Legale Rappresentante dell'Ente del Terzo Settore:

denominato			
CF			
con sede in		via	n
tel			
PEC			

☐ Procuratore speciale o generale con mandato di rappresentanza con firma congiunta/disgiunta dell'Ente del Terzo Settore

denominato			
CF			
con sede in		via	n
tel			
PEC			

(allegare la procura)

MANIFESTA L'INTERESSE ALL'AVVISO IN OGGETTO

☐ Per il singolo Ente rappresentato

☐ Per i seguenti Enti, in forma associata in raggruppamento già costituito o patnership avviata
(sono ammesse tutte le forme di partecipazione previste dalla normativa speciale di settore)

denominazione		
CF		
con sede in	via	n
tel		

denominazione		
CF		
con sede in	via	n
tel		

ovvero

☐ Per i seguenti Enti, in forma associata in raggruppamento o partnership da avviare
(sono ammesse tutte le forme di partecipazione previste dalla normativa speciale di settore)

denominazione		
CF		
con sede in	via	n
tel		

denominazione		
CF		
con sede in	via	n
tel		

e chiede a Codesta Amministrazione Procedente l'ammissione al procedimento di co-progettazione ed eventuale successivo accordo di partenariato ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017 per lo sviluppo e realizzazione con ASFO di azioni di sistema a supporto delle persone anziane fragili, o delle persone non autosufficienti, sul modello organizzativo delle case della comunità

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n.445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

☐ che l'ETS è iscritto da almeno sei mesi al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo Settore);

☐ che l'ETS è attivo attraverso almeno una sede operativa nel territorio di competenza dell'ASFO, e

precisamente: _____;

☐ di operare nel settore di specifico interesse di cui all'art. 5 del CTS (*possibilità di scelta multipla*):
- □ interventi e servizi sociali ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, e successive modificazioni, e interventi, servizi e prestazioni di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, e alla legge 22 giugno 2016, n. 112, e successive modificazioni;
- □ interventi e prestazioni sanitarie;
- □ prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e s.m.i;

☐ di prevedere nel proprio Statuto lo svolgimento di altre attività di interesse generale coerenti rispetto a quelle richieste nel settore di specifico interesse del presente avviso;

☐ [**solo per ODV e APS**] di avvalersi prevalentemente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti e rispettare i limiti previsti dall'art. 33 (per le ODV) e dall'art. 36 (per le APS) del D.Lgs. n. 117/2017 Codice del Terzo Settore;

☐ di risultare in regola rispetto alle prescrizioni in materia di polizze assicurative per infortuni e malattie connesse allo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) ed Responsabilità Civile verso Operai prestatori di lavoro (RCO), ove prevista;

☐ [**se soggetti all'obbligo**] risultare in regola dal punto di vista contributivo e fiscale

☐ di non trovarsi in situazioni soggettive che determinino divieti a contrattare con la Pubblica Amministrazione, né altre cause di sospensione o decadenza previste dall'art. 67 del D.Lgs. n.159/2011 in capo al dichiarante, legali rappresentanti ed altri soggetti interessati, e di situazioni di conflitto di interessi con l'ASFO;

☐ di obbligarsi a rispettare la tracciabilità dei flussi finanziari, per eventuale successivo accordo di partenariato con l'Azienda che preveda rimborsi da parte dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (art. 3, comma 1 della Legge 136/2010)

☐ di disporre di risorse, capacità e competenze necessarie allo svolgimento delle attività previste ed avere esperienza concreta nell'ambito oggetto del presente Avviso;

☐ di possedere i requisiti di ordine generale, di moralità e di affidabilità per contrarre con la Pubblica Amministrazione, ivi compresa l'assenza di condanne penali definitive per reati incidenti sulla moralità professionale, la regolarità antimafia, la regolarità fiscale, contributiva e del lavoro, e di non trovarsi in stato di scioglimento o liquidazione o in altre situazioni soggettive che possano determinare il divieto e l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione (con riferimento analogico, e per quanto compatibili con la natura giuridica di ETS, ai principi ispiratori degli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023 – Codice degli appalti);

☐ di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o non aver conferito incarichi a ex dipendenti di ASFO (nel triennio successivo alla cessazione del rapporto) che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali, nei confronti dell'ETS interessato al presente Avviso, per conto di ASFO, negli ultimi tre anni di servizio (art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 in materia di *pantouflage* o *revolving doors*);

☐ di assumere e rispettare, per quanto di propria competenza, gli impegni previsti dall'Avviso.

DICHIARA inoltre di

☐ Voler partecipare ai tavoli con **riferimento** alla/e sede/i di Casa di comunità (CDC) e per il /gli ambito/i di attività selezionati nella tabella sotto riportata (*sono possibili scelte multiple sia per le sedi di CDC che per gli ambiti di attività)*

	SEDE CDC hub					
AMBITO (art.2)	Pordenone	S.Vito T.to	Azzano Decimo	Maniago	Spilimbergo	Sacile
popolazione **anziana** con patologie croniche seguite con specifici PDTA						
popolazione in età adulta con **GCA** e/o altre gravi condizioni **neurologiche**						

☐ che le **persone responsabili/referenti** individuate per i tavoli di co-progettazione sono:

Nome/cognome _____

Ruolo _____

E-mail _____

Telefono _____

Tavolo

	popolazione anziana con patologie croniche
	popolazione in età adulta con GCA e/o altre gravi condizioni neurologiche

Nome/cognome _____

Ruolo _____

E-mail _____

Telefono _____

Tavolo

	popolazione anziana con patologie croniche
	popolazione in età adulta con GCA e/o altre gravi condizioni neurologiche

☐ che l'**idea progettuale** per l'ambito di attività "supporto alla gestione dei progetti di presa in carico domiciliare e gestione assistenziale della popolazione anziana con patologie croniche seguite con specifici PDTA" è così descritta (*rappresentare le **attività** che strutturano il progetto, le **risorse umane, strumentali e/o tecniche** che possono essere coinvolte, nel caso questo sia uno degli ambiti scelti)*

Attività che caratterizzano la proposta

Risorse umane messe a disposizione (descrivere tipologia, rapporto con l'ETS, competenze)
Altre risorse tecniche (p.e. mezzi, immobili)

☐ che l'**idea progettuale** per l'ambito di attività "supporto al miglioramento della presa in carico della popolazione in età adulta con GCA e/o altre gravi condizioni neurologiche" è così descritta (*rappresentare le **attività** che strutturano il progetto, le **risorse umane, strumentali e/o tecniche** che possono essere coinvolte, nel caso questo sia uno degli ambiti scelti)*

Attività che caratterizzano la proposta
Risorse umane messe a disposizione (descrivere tipologia, rapporto con l'ETS, competenze)

Altre risorse tecniche (p.e. mezzi, immobili)

Si allega:

1) copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante (solo qualora la richiesta non sia sottoscritta digitalmente);
2) procura nel caso di domanda presentata dal procuratore speciale o generale con mandato di rappresentanza con firma congiunta/disgiunta dell'Ente del Terzo Settore;
3) eventuale ogni altra documentazione che si ritiene rilevante ai fini dello sviluppo dell'attività di cui all'avviso.

Dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 in materia di privacy

Dichiaro, infine, di essere stato informato che i dati personali della/e persona/e fisica/fisiche sopra riportati, necessari ai fini dell'istruttoria del procedimento avviato con la presente istanza e finalizzati all'adozione di un provvedimento conclusivo, saranno trattati dall'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, anche con strumenti informatici, come prescritto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) n. 679/2016 e D.Lgs. 196/2013 e s.m.i., secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza ai soli fini del procedimento per il quale sono richiesti (valutazione di collaborazione in attività sanitarie e sociosanitarie, co-progettazione e convenzionamento e conseguenti adempimenti amministrativi, civilistici, contabili e fiscali), ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi esclusivamente a tale scopo.

IL DICHIARANTE

(Nome e cognome)

_____

firma digitale o firma olografa leggibile

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 in materia di privacy

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per la co-progettazione, il convenzionamento e ai controlli conseguenti, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano;

b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta. Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto. Il Responsabile, delegato al trattamento dei dati è: Direttore della S.C. Affari Generali e Legali - Tel. 0434/369738 - Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale - Via Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone - Tel. 0434/369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail: privacy@asfo.sanita.fvg.it