

FAC SIMILE di modello di domanda di partecipazione all'Avviso di manifestazione di Interesse

AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AGLI ENTI GESTORI DI ADI E DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI, ACCREDITATI E A CONTRATTO O NON A CONTRATTO CON L'ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO, PER LA COLLABORAZIONE NELL'ATTUAZIONE DEL PIANO VACCINALE IN REGIME DOMICILIARE PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA SARS-COV 2 AI SENSI DELLA D.G.R. N.4506 DEL 30/03/2021

(rilasciata in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art 47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata all'Ente richiedente)

Al Direttore Generale
della ATS della Città Metropolitana di Milano
Corso Italia, n. 52
20122 – MILANO
protocollogenerale@pec.ats-milano.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente nel Comune di _____ in
_____ n. _____ codice fiscale _____

in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente Gestore _____ con
sede legale nel Comune di _____ in
_____ n. _____
codice fiscale _____ / Partita IVA _____

indirizzo PEC (che ATS della Città Metropolitana di Milano utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'avviso): _____

in qualità di (selezionare la voce di interesse)

- Ente gestore di ADI e/o Cure Palliative domiciliari accreditata e a contratto con l'ATS della Città Metropolitana di Milano, come di seguito indicato:
- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ADI | cudes _____ |
| Cure Palliative domiciliare | cudes _____ |
- Ente gestore di ADI e/o Cure Palliative domiciliari accreditata e non a contratto con l'ATS della Città Metropolitana di Milano, come di seguito indicato:
- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ADI | cudes _____ |
| Cure Palliative domiciliare | cudes _____ |

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi

di essere in possesso di accreditamento regionale per l'unità d'offerta ADI e/o Cure Palliative domiciliari sopra indicata/e ed essere iscritta/e nel registro regionale delle unità d'offerta sociosanitarie

di avere sede operativa di ADI e/o di Cure Palliative domiciliari nel territorio della ATS della Città Metropolitana di Milano, e precisamente in _____ (Comune) _____ (indirizzo) (solo per Enti gestori accreditati e non a contratto)

di essere in possesso di figure professionali sanitarie (medico ed infermiere) necessarie a garantire lo svolgimento delle vaccinazioni anti COVID-19 a domicilio secondo quanto previsto e disposto con D.G.R. n. XI/4506/2021

di assicurare il rispetto degli obblighi previsti al punto 5) dell'Allegato 1 alla D.G.R. n. XI/4506/2021, così come indicati e riportati nell'Avviso di manifestazione di interesse

di accettare le disposizioni/indicazioni previste dall'Allegato 1 della D.G.R. n. XI/4506/2021, comprese le modalità di remunerazione dell'attività

di essere in possesso/ di non essere in possesso di idonea dotazione di frigoriferi allarmati, con registrazione continua della temperatura e posizionati in locali vigilati H24 o comunque idonei a prevenire il furto, per l'eventuale conservazione del vaccino non utilizzato nella medesima giornata di approvvigionamento e comunque nei limiti di scadenza

COMUNICA

- di essere disponibile ad erogare gli interventi domiciliari per l'attuazione del Piano vaccinale per la prevenzione delle infezioni da SARS-Cov-2 ai sensi della D.G.R. n. XI/4506 del 30/03/2021, a favore delle persone appartenenti alle categorie target prioritarie, così come definite dal Ministero della Salute con le Raccomandazioni ad interim sui gruppi target sulla vaccinazione anti SARS-Cov-2/COVID-19 (Versione 10/03/2021 o ss.mm.ii.), come previsto dall'Avviso di manifestazione di interesse
- di aver preso atto dell'Avviso di manifestazione di Interesse per la realizzazione del Piano Vaccinale ai sensi della D.G.R. n. XI/4506 del 30/03/2021 e di accettarne tutte le condizioni previste

Firma del Legale Rappresentante

Luogo e Data _____

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679:

Titolare del trattamento dei dati è la ATS della Città Metropolitana di Milano con sede a Milano in Corso Italia 19.

Il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) è reperibile presso la sede del titolare ai seguenti recapiti: protocollogenerale@pec.ats-milano.it - privacyRPD@ats-milano.it – tel. 02/85781.

I dati personali forniti saranno raccolti e trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'Avviso e eventuale successiva sottoscrizione del contratto sociosanitario.

Il trattamento sarà effettuato, anche con strumenti informatici, da personale autorizzato, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs n. 101/2018.

Sulle dichiarazioni rilasciate ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n.445/2000, saranno effettuati i controlli previsti dall'art.71 del DPR stesso.

I dati personali forniti non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere comunicati agli enti certificanti in occasione dei controlli previsti dall'art.71 del DPR n.445/2000.

Relativamente al trattamento dei dati personali forniti, l'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679.

Il sottoscritto, alla luce della informativa ricevuta, acconsente al trattamento dei dati personali forniti