

FAC SIMILE di modello di domanda di partecipazione all'Avviso di manifestazione d'interessi

Alla ATS della Città Metropolitana di Milano

C.so Italia, 52

20122 Milano

protocollogenerale@pec.ats-milano.it

CANDIDATURA RELATIVA ALL' "AVVISO PUBBLICO PER LA RACCOLTA DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DA PARTE DI ENTI E ORGANIZZAZIONI INTERESSATI ALLA COLLABORAZIONE IN QUALITÀ DI PARTNER DELLA ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO NELL'AMBITO DI PROGETTI RELATIVI AL BANDO PER LA ATTIVAZIONE DI UNITÀ DI OFFERTA A REGIME SPERIMENTALE NELL'AMBITO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP) DGR XI/585 DEL 1.10.2018 TERZA ANNUALITÀ IN ATTUAZIONE DELLA DGR XI/4674 DEL 10/05/2021.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Il ___/___/_____, e residente nel Comune di _____
Via/Piazza _____ n. ____
Codice Fiscale _____, quale Legale Rappresentante
dell'Ente _____, con sede legale in
_____, Codice Fiscale e/o Partita
Iva _____

COMUNICA LA DISPONIBILITÀ E L'INTERESSE

A partecipare in qualità di partner della ATS della città Metropolitana di Milano all'attivazione di unità d'offerta a regime sperimentale nell'ambito del Gioco d'Azzardo patologico (gap) dgr XI/585 del 1.10.2018 mettendo a disposizione presso la UDO accreditata / in fase di accreditamento di _____
n. _____ posti ACCREDITATI a contratto/ non a contratto
per i seguenti moduli di sperimentazione:

- **SERVIZIO DI DIAGNOSI E DEFINIZIONE DELL'ESIGENZA**
- **SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE BREVE E ACCOMPAGNAMENTO TERRITORIALE**
- **SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE**
- **SERVIZIO DI TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE**

Il/la sottoscritto/a, consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci, della responsabilità penale ex art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 DPR 445/2000

DICHIARA DI ESSERE:

Ente gestore accreditato/ in fase di accreditamento per la gestione di UDO socio-sanitarie nell'area delle Dipendenze

DI ESSERE IN POSSESSO:

1. dei requisiti soggettivi previsti dalla DGR 2569 del 31 ottobre 2014
2. delle caratteristiche gestionali e organizzative coerenti con quanto definito nelle aree di intervento sopra indicate

e dei seguenti requisiti specifici:

- a. Programma sperimentale che descriva le peculiarità delle offerte trattamentali dirette alla cura del paziente GAP. Il programma includere l'esplicitazione delle modalità diagnostiche utilizzate. In particolare, ATS suggerisce, sia in fase di ingresso che di follow up alla conclusione, l'uso dei test: Gambling Related Cognition Scale (GRCS) e Canadian Problem Gambling Index (CPGI)
- b. Personale con formazione almeno semestrale a corsi di aggiornamento specifica sul tema del GAP
- c. Collaborazione da almeno 1 anno di lavoro di rete con i servizi ambulatoriali di ATS

Documentazione allegata

Unitamente alla dichiarazione di Manifestazione di interesse dovranno essere allegati tutti i documenti ritenuti utili a sostenere la candidatura con particolare riferimento:

- a. Accreditamento della sede
- b. Progetto sperimentale destinato alla cura dei pazienti GAP
- c. Personale con formazione almeno semestrale a corsi di aggiornamento specifica sul tema del GAP
- d. Collaborazione da almeno 1 anno di lavoro di rete con i servizi ambulatoriali di ATS

La dichiarazione di Manifestazione di interesse e gli eventuali documenti allegati, per essere considerati, dovranno necessariamente essere accompagnati da copia del documento di identità del Legale Rappresentante che sottoscrive la dichiarazione stessa.

DICHIARA L'IMPEGNO

nel caso in cui la presente candidatura sia positivamente accolta, di aderire alle modalità e regole previste dall'Avviso.

Data _____

Legale Rappresentante

Allegare copia del Documento di Identità del Legale Rappresentante e la documentazione attestata.