**All’ATS della Città Metropolitana di Milano Allegato 2**

**protocollogenerale@pec.ats-milano.it**

**Oggetto: Manifestazione di interesse per il recupero delle liste di attesa 2022 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n.XI/6002 del 21/02/2022 – prestazioni NON già a contratto**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con deliberazione n.442 del 19/05/2022, per il recupero delle liste di attesa 2022 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/6002 del 21/02/2022

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che si ritiene di poter erogare nel corso dell’anno 2022 a favore di residenti lombardi.

**D I C H I A R A**

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente ………………………………………………………………………………con sede legale a ……….……………………………………… per la struttura erogatrice di prestazioni ambulatoriali NON a contratto, afferenti a branche già accreditate, sita nel Comune di ………………………………….……. in Via ……….………….……………..………………….. (cudes ………………………..……);
* che non sussistono le condizioni di esclusione dalla stipula di rapporti contrattuali con la P.A. di cui all’art. 80 del D.lgs 50/2016;
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS della Città Metropolitana di Milano a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di impegnarsi, qualora venga avviata la contrattualizzazione delle attività proposte, a erogare le prestazioni nel rispetto di tutti gli obblighi previsti in materia, compresa l’integrazione al Contact Center Regionale di prenotazione;
* di indicare quale possibile tempistica di avvio delle attività proposte la seguente data: .……………………...…………….
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: …………………………………………………………..

Il sottoscritto è consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci.

**Luogo e data** ………………………….. Il Legale Rappresentante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firmato digitalmente

Allegati alla manifestazione di interesse:

* Copia dell’eventuale procura, nelle forme previste di legge
* File in formato PDF ed EXCEL delle prestazioni ambulatoriali proposte **NON** già a contratto