

ALLEGATO 2

SCHEMA PROGETTO DESCRITTIVO DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO INTEROSPEDALIERO ORDINARIO PROGRAMMATO ED IN REGIME DI URGENZA, TRASPORTO SANITARIO PER DIALISI, TRASPORTO SANITARIO SU PATOLOGIE AUTORIZZABILI E CONTINUAZIONE DI CURE. MESI 24.

*(da redigere e sottoscrivere congiuntamente nel caso di aggregazione di più Associazioni)

** (da redigere per ogni codice per cui si richiede la partecipazione)

*** (da redigere su carta intestata dell'Associazione)

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)	
Nato/a a	
Il	
Residente a	
Via	
Codice fiscale	
In qualità di	
Dell'Associazione	
PEC	
Indirizzo mail	

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/200, ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità, **ai fini della partecipazione all'avviso di selezione per l'affidamento del servizio di trasporto sanitario interospedaliero ordinario programmato ed in regime di**

urgenza, trasporto sanitario per dialisi, trasporto sanitario su patologie autorizzabili e continuazione di cure.

DICHIARA

a) Risorse di Volontariato totali

Numero dei volontari totali dell'Associazione alla data di presentazione del Progetto. Unitamente al numero dei volontari dovrà essere presentato un elenco nominativo relativo ai volontari conteggiati nei numeri di cui sopra in formato cartaceo ed elettronico in formato excel contenete nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita	
---	--

b) Risorse di Volontariato formate

Numero dei volontari formati al trasporto o con formazione superiore dell'Associazione alla data di presentazione del Progetto. Unitamente al numero dei volontari dovrà essere presentato un elenco nominativo relativo ai volontari conteggiati nei numeri di cui sopra in formato cartaceo ed elettronico in formato excel contenete nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, formazione posseduta.	
---	--

c - Risorse materiali, di evidente utilità, dell'Associazione

Autorimessa, risultante dalla documentazione per l'autorizzazione sanitaria	SI	NO
Locali dedicati all'aggregazione per il proprio il personale ad esclusione di quelli destinati ad ospitare il personale in servizio attivo	SI	NO
Aule di formazione dedicate	SI	NO
Ufficio dedicato alle attività amministrative con accessibilità regolamentata ai fini del rispetto della normativa sulla privacy	SI	NO
Spazio dedicato allo stoccaggio del materiale di consumo	SI	NO

d - Risorse materiali: ambulanze, automediche, autovetture e idroambulanze

Numero automezzi o idroambulanze disponibile immatricolate in classe B, A e A1, nei cinque anni precedenti la data di presentazione del progetto, con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti (Maggio 2020-Aprile 2025)	indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo
--	--

e - Risorse materiali: ambulanze, automediche, autovetture e idroambulanze disponibili per la convenzione disponibili per la convenzione

Numero automezzi o idroambulanze disponibile immatricolate in classe A e A1 (escluse quelle destinate ad altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza), con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti	indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo
---	--

f - Esperienza maturata: servizi totali

Numero servizi complessivi per trasporti di servizi totali nei 10 anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione (2015 – 2024)	
---	--

g - Esperienza maturata: servizi in convenzione

Numero servizi complessivi per trasporti diservizi interospedalieri nei 10 anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione (2015 – 2024)	
--	--

h - Esperienza maturata: anni di costituzione

Anno di costituzione	
----------------------	--

Di accettare tutte le clausole, norme e condizioni contenute nell'avviso di selezione per l'affidamento della postazione di soccorso.

Di impegnarsi ad accettare l'assegnazione della convenzione per la postazione di soccorso.

Data

Firma leggibile del dichiarante (*)

* Allegare copia del documento di identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 445/2000.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'A.S.L. AL, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'A.S.L. di Alessandria, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'A.S.L. di Alessandria è presentata contattando il D.P.O Responsabile della Protezione dei Dati.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie. (art. 79 del Regolamento).