

ALLEGATO B

All'Azienda U.S.L. Toscana Centro
S.O.C. Approvvigionamento Prestazioni
P.zza S. Maria Nuova n. 1
50122 FIRENZE

**AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA PER LA PRESENTAZIONE
DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE RELATIVA ALLA
COPROGETTAZIONE PER LA ZONA DISTRETTO/SOCIETA'
DELLA SALUTE VALDINIEVOLE DELLE ATTIVITÀ DI
PROMOZIONE, INFORMAZIONE, ORIENTAMENTO E DELLE
ATTIVITÀ DI SEGRETERIA DI PRIMO LIVELLO NELL'AMBITO
DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEGLI SCREENING
ONCOLOGICI DELLA AZIENDA USL TOSCANA CENTRO IN
CONFORMITA' DELLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE
N 80 DEL 26-01-2024**

Azienda USL Toscana centro



Domanda partecipazione

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
Codice fiscale _____
Residente in _____ CAP _____
Via _____ n _____

presa visione dell'Avviso di Manifestazione di Interesse emesso da codesta Azienda con delibera del Direttore Generale n. 14 del 16/01/2026, per acquisire manifestazioni d'interesse di Enti del Terzo Settore, finalizzate alla co-progettazione per la Zona Distretto/ Società della Salute Valdinievole delle attività di promozione, informazione, orientamento e delle attività di segreteria di primo livello nell'ambito del modello organizzativo degli screening oncologici della Azienda USL Toscana Centro in conformità della Delibera del Direttore Generale n. 80 del 26-01-2024,

MANIFESTA/ MANIFESTANO L' INTERESSE

a partecipare all'Avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Centro per l'individuazione di Enti del Terzo Settore, con i quali sottoscrivere accordi convenzionali finalizzati alla co-progettazione per la Zona Distretto/ Società della Salute Valdinievole delle attività di promozione, informazione, orientamento e delle attività di segreteria di primo livello nell'ambito del modello organizzativo degli screening oncologici della Azienda USL Toscana Centro in conformità della Delibera del Direttore Generale n. 80 del 26-01-2024:

☐ **in forma individuale**

oppure

☐ **in raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario
congiuntamente a:**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____
Codice fiscale _____
Residente in _____ CAP _____
Via _____ n. _____

(ripetere tante volte quanti sono i membri dell'aggregazione)

SOLO PER I CONSORZI

Consorzio formato dalle seguenti imprese: (indicare ragione sociale e sede di tutte le imprese facenti parte del Consorzio)

DATI RELATIVI A CIASCUNA DELLE IMPRESE SOTTO INDICATE

DENOMINAZIONE RAGIONE SOCIALE	SEDE LEGALE	LEGALI RAPPRESENTANTI (DATI ANAGRAFICI)

Azienda USL Toscana centro



D I C H I A R A / D I C H I A R A N O

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, come modificati dalla L. 183/2011 e ss.mm.ii.:

- a) Di essere il legale rappresentante della Associazione/Ente **(si vedano le tipologie ammesse dall' Avviso e specificare quella di appartenenza)**

Codice fiscale _____;

Partita IVA _____;

con sede legale in _____;

Via _____ n. _____ CAP _____;

Cellulare _____ Tel. _____;

e-mail _____;

Indirizzo di Posta Certificata _____;

- b) di essere in possesso dei requisiti di cui all'art.8 dell'Avviso in questione.

Si impegna/impegnano a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

DICHIARA/ DICHIARANO inoltre:

- che l'Associazione _____ è in possesso dell'iscrizione a _____ n. _____ del _____ ;
- di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alla necessità dell'Azienda;
- che il personale impegnato nelle attività oggetto dell'Avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. n.412/91 ss.mm.Ii. e alla L. n.662/96 ss.mm.Ii e all' articolo 53 comma 16-ter D.lgs. 165/2001 ss.mm.Ii.;
- di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, o in alternativa: di impegnarsi a stipulare la suddetta polizza prima della sottoscrizione dell'accordo convenzionale;
- di aver preso visione di tutte le disposizioni dell'Avviso e d'impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla USL Toscana Centro, ove necessario;
- l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
- di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato dall'Azienda USL Toscana Centro su quanto dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a risoluzione;
- di essere consapevole che l'Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di Manifestazione di Interesse emesso dall'Azienda USL Toscana Centro non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi convenzionali.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38 - 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data _____

Firma _____

la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art 74 comma 1 DPR n 445/01 e smi.)

Si allega altresì

- copia documento identità del legale rappresentante in corso di validità (se non sottoscritto con firma digitale)