

**ALL. 1 – MANIFESTAZIONE DI INTERESSE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO
DI NOTORIETÀ (Art. 47– T.U. n. 445/2000)**

**INAIL
DIREZIONE REGIONALE VENETO
Santa Croce n. 712
30135 – VENEZIA**

**Manifestazione di interesse all'avviso pubblico per la stipula di convenzioni per
l'espletamento di accertamenti diagnostici clinico-strumentali e di prestazioni
specialistiche ambulatoriali ¹**

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

☐ legale rappresentante p.t. / ☐ titolare

della Società (denominazione) _____
nato/a a _____ il _____ residente nel Comune di _____
_____ Provincia _____ (Via/Piazza)
_____ n.____, Tel. _____
_____ cellulare _____;
C.F. _____;

Società con sede legale in Via/Piazza _____ n. _____; Comune di _____
_____ Provincia _____; C.F. _____; Partita IVA _____
_____ E-mail _____ PEC _____;

con **unità operativa 1** denominata _____ ubicata
in Veneto (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza _____
_____ n. _____; Comune di _____
_____ Provincia di _____

con **unità operativa 2** denominata² _____ ubicata in Veneto (*da indicare solo
se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza _____ n. _____;
Comune di _____ Provincia di _____

¹ Modulo in formato editabile e da compilare in ogni parte. La mancata spunta delle caselle
sarà intesa come mancanza del requisito e determinerà l'esclusione dall'avviso pubblico.

² Compilare i campi solo ove si intenda eseguire gli accertamenti presso più unità operative
oltre la prima, aggiungendo eventuali altre unità operative se superiori a due.

MANIFESTA INTERESSE

all'Avviso pubblico per la stipula di convenzioni per l'erogazione di accertamenti diagnostici clinico-strumentali e di prestazioni specialistiche ambulatoriali

E DICHIARA

ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii. e consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 T.U. 28/12/2000 n.445 e ss.mm.ii,) e della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

☐ che l'unità operativa 1 denominata _____ è in possesso di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali e le prestazioni specialistiche ambulatoriali per i quali intende convenzionarsi rilasciata con atto n. _____ emesso da _____ attualmente in vigore ed è in possesso di accreditamento con la regione Veneto per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali e le prestazioni specialistiche ambulatoriali per i quali intende convenzionarsi rilasciata con atto n. _____ del _____ emesso da _____ attualmente in vigore;

☐ che l'unità operativa 2³ denominata _____ è in possesso di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali e le prestazioni specialistiche ambulatoriali per i quali intende convenzionarsi rilasciata con atto n. _____ emesso da _____ attualmente in vigore ed è in possesso di accreditamento con la regione _____ per gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali e le prestazioni specialistiche ambulatoriali per i quali intende convenzionarsi rilasciata con atto n. _____ del _____ emesso da _____ attualmente in vigore;

☐ che la/e unità operativa/e presso la/e quale/i sono eseguiti gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali e le prestazioni specialistiche ambulatoriali è/sono in regola con la normativa relativa alla sicurezza degli impianti di radiologia, nonché con la normativa sulla radioprotezione;

☐ che la/e unità operativa/e presso la/e quale/i sono eseguiti gli accertamenti diagnostici clinico-strumentali e le prestazioni specialistiche ambulatoriali è/sono in regola con la normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche e sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;

☐ che la società è in possesso di regolarità contributiva (INPS e INAIL) come da DURC;

³ **Compilare i campi solo ove si intenda eseguire gli accertamenti presso più unità operative oltre la prima, aggiungendo eventuali altre unità operative se superiori a due.**

☐ che la società è titolare di polizza assicurativa RCT in corso di validità a copertura dei rischi derivanti dall'esercizio delle attività sanitarie presso la/e unità operativa/e e dei conseguenti danni a terzi, compresi i clienti, per morte e lesioni personali, distruzione e deterioramento di cose nell'esercizio dell'attività professionale, cagionati anche da dipendenti o consulenti o collaboratori (se presenti) ed è regolare con il pagamento delle rate di premio;

☐ che la società non è in stato di scioglimento o liquidazione volontaria né sottoposta a procedure concorsuali quali liquidazione giudiziale, liquidazione coatta amministrativa, concordato preventivo, amministrazione controllata o straordinaria e concordato preventivo con continuità aziendale;

☐ che ha il legale rappresentante/titolare che non ha riportato condanne, con sentenze passate in giudicato, né per i reati di cui agli articoli 416 e 416 bis del codice penale né per i delitti di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbia determinato una malattia professionale, salvo che sia intervenuta riabilitazione ai sensi degli articoli 178 e seguenti del codice penale o il reato sia stato dichiarato estinto (articolo 167, codice penale) con provvedimento del giudice dell'esecuzione;

☐ che la società ha il legale rappresentante/titolare legittimato alla firma in virtù dello statuto/atto costitutivo della struttura;

☐ la società è stata informata, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Allega alla presente:

☐ Scheda della Società con indicazione delle coordinate bancarie e dei contatti riferiti anche alla/e unità operativa/e e del Referente di Struttura (allegato 2);

☐ Dichiarazione della compagnia di assicurazione che attesti:

☐ l'esistenza della polizza assicurativa RCT in corso di validità a copertura dei rischi derivanti alla Società dall'esercizio delle attività sanitarie anche presso la/e unità operativa/e e dei danni a terzi cagionati anche da dipendenti o consulenti o collaboratori (se presenti);

☐ la regolarità del pagamento dei premi;

☐ l'ammontare della rata di premio annuale;

☐ l'ammontare dei massimali assicurati;

☐ Copia della carta dei servizi della Struttura;

☐ Fotocopia del documento di identità valido a tutti gli effetti di legge;

☐ "Nomenclatore tariffario regionale Veneto 2025" debitamente compilato in tutte le sue parti e sottoscritto in ogni pagina anche digitalmente (allegato 6);

SI IMPEGNA

a comunicare via PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Luogo e data _____

Firma leggibile del Legale Rappresentante/Titolare
