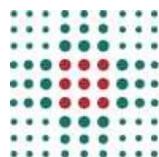


Allegato 1



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

BANDO PER IL TRIENNIO 2025/2027 PER L' AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA NON SANITARIA AGGIUNTIVA (A.N.S.) FORNITA DA AGENZIE ACCREDITATE A PERSONE RICOVERATE PRESSO LE UNITÀ OPERATIVE DEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI DELL'AZIENDA USL DI PIACENZA.

In attuazione della determinazione del Direttore dell'U.O. Amministrazione Rete Ospedaliera e Territoriale n.--- del ---, sino alle ore 12 del ventesimo giorno dalla pubblicazione del presente bando sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Piacenza, è aperto il bando per l'accreditamento delle Agenzie autorizzate all'assistenza non sanitaria aggiuntiva al di fuori dell'orario di visita presso gli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda USL di Piacenza.

1. REQUISITI DI AMMISSIONE AL BANDO:

Possono presentare **istanza** alla scrivente Azienda USL le cooperative sociali e le imprese del settore. L'istanza, redatta su carta intestata, datata e sottoscritta dal Legale Rappresentante della ditta interessata congiuntamente a copia di documento di riconoscimento del medesimo (**Allegato A**), dovrà integrarsi allegando i seguenti documenti:

- dichiarazione sostitutiva di certificazione contenente:
 - l'iscrizione alla Camera di Commercio;
 - l'apertura di Partita IVA;
- copia dei contratti di assicurazione per responsabilità civile verso terzi per cose e persone (massimale minimo per sinistro € 1.000.000,00) e per infortuni dei collaboratori con rapporto occasionale o a chiamata (massimale minimo di € 500.000,00 per persona);
- elenco degli operatori che debbono possedere i seguenti requisiti:
 - avere un'età non inferiore ai 18 anni;
 - essere in possesso del diploma di scuola dell'obbligo;
 - comprendere e saper parlare la lingua italiana;
 - aver partecipato ad un corso di informazione e qualificazione organizzato dall'AUSL ovvero di essere in possesso di titolo professionale specifico quale diploma infermieristico, qualifica professionale OSS, ASA ed equivalenti, ovvero infine di accettare di partecipare, con oneri a carico della ditta, ad un corso di informazione organizzato dall'AUSL;
- dichiarazione da parte del legale rappresentante della ditta che gli operatori coinvolti sono assunti con regolare contratto;
- tariffe orarie ed IVA applicate;
- recapito telefonico e fascia oraria di risposta;
- indirizzo mail e indirizzo pec della ditta;
- certificato D.U.V.R.I. ai sensi del T.U. della Sicurezza di cui al D.Lgs. n. 81/2008 in merito ai rischi potenziali dell'esercizio di attività nell'ambito delle strutture ospedaliere;
- di essere disponibile alla sottoscrizione con il Direttore SPP Azienda USL e/o suo incaricato di atto di cooperazione e di coordinamento ex D.Lgs. 81/2008 quale condizione per l'autorizzazione ad operare in ambito aziendale;

- documentazioni e/o relazione attestanti l'organizzazione, l'attività e la capacità operativa della ditta raggiunta nell'ultimo biennio.

È ulteriore onere della ditta produrre, anche in caso di nuovi inserimenti nel corso del triennio, per ogni operatore:

- **la dichiarazione sostitutiva di certificazione** (come da modello **Allegato B**) indicante:
 - le generalità (cognome, nome, data di nascita, godimento dei diritti civili e politici, residenza e eventuale domicilio) e la cittadinanza; la qualifica professionale posseduta; la condizione di pensionato/a e/o studente; le condanne penali eventualmente riportate e/o se destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa; iscrizione presso associazioni o cooperative di qualsiasi tipo;
- nelle ipotesi di cittadino straniero extracomunitario regolarmente soggiornante nel territorio italiano, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 o, in alternativa, la copia autenticata in carta libera del permesso di soggiorno non scaduto rilasciata dalla Questura;
- copia di documento d'identità in corso di validità di ciascun operatore;
- certificato medico rilasciato dal medico competente di cui al D. Lgs. n. 81/2008 comprovante condizioni di salute idonee allo svolgimento dell'attività di assistenza non sanitaria aggiuntiva;
- di essere disponibile alla sottoscrizione con il Direttore SPP Azienda USL e/o suo incaricato di atto di cooperazione e di coordinamento ex D.Lgs. 81/2008 quale condizione per l'autorizzazione ad operare in ambito aziendale.

L'omessa indicazione anche di un solo requisito o di una delle dichiarazioni aggiuntive richieste dal bando, determina l'esclusione dalla procedura di che trattasi.

2. INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

I dati personali forniti o acquisiti d'ufficio saranno raccolti presso l'U.O. Amministrazione Rete Ospedaliera e Territoriale dell'Azienda USL di Piacenza per le finalità inerenti alla gestione della procedura. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un interesse diretto, concreto ed attuale ai sensi dell'art. 22 della L. 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'indicazione dei dati richiesti è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura.

In ogni momento, salvo limitazioni previste dalla legge, l'interessato può esercitare i suoi diritti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679:

- il diritto di accesso di cui all'articolo 15, ossia la possibilità di accedere a tutte informazioni di carattere personale che lo riguardano;
- il diritto di rettifica, di cui all'articolo 16, ossia la possibilità di ottenere l'aggiornamento di dati personali inesatti che lo riguardano senza giustificato ritardo;
- il diritto di limitazione di trattamento, quando ricorre una delle ipotesi previste dall'art. 18;
- il diritto di opposizione al trattamento dei dati personali, di cui all'articolo 21;
- il diritto alla cancellazione dei dati, di cui all'articolo 17.

Se ritiene, inoltre, che il trattamento dei suoi dati personali sia effettuato in violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali, l'interessato ha il diritto di proporre reclamo al

Garante per la protezione dei dati personali.

L'informativa completa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati, comprese le modalità di esercizio dei diritti, sono reperibili nella sezione privacy del sito istituzionale: <https://www.ausl.pc.it/it/privacy>

Il titolare del trattamento è l'Azienda USL di Piacenza.

3. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE:

Le domande di ammissione al servizio di Assistenza Non Sanitaria aggiuntiva per il triennio 2025/2027, redatte secondo il modello allegato al presente avviso (Allegato A), datate e firmate **a pena di esclusione**, devono essere presentate all'Azienda USL di Piacenza in una delle tre seguenti modalità:

- 1)** Invio tramite Pec all'indirizzo contatinfo@pec.ausl.pc.it . La domanda inviata in formato elettronico, , deve essere firmata e scansionata in formato pdf, così come gli allegati, che devono essere trasmessi come allegati al messaggio di posta elettronica. La firma non è richiesta nel caso che la domanda sia trasmessa tramite PEC intestata al soggetto che presenta la domanda di ammissione;
- 2)** Invio tramite raccomandata A/R indirizzata all'Ufficio Protocollo Azienda USL di Piacenza Via Anguissola,15 -29121 Piacenza;
- 3)** Consegna a mano in forma cartacea presso l'Ufficio Protocollo sito a Piacenza in Via Antonio Anguissola n.15 (dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle 13:00 e martedì e giovedì dalle ore 15:00 alle 17:00).

La ricevuta o la firma sull'A.R. rilasciata nei casi di cui ai punti 2) e 3) costituisce prova dell'avvenuta consegna.

È esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione della domanda di partecipazione. Il mancato rispetto delle predette modalità di inoltro della domanda comporterà l'esclusione dal bando.

4. TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE:

Le domande di ammissione al servizio di Assistenza Non Sanitaria aggiuntiva per il triennio 2025/2027 dovranno pervenire all'Azienda USL di Piacenza, **a pena di esclusione**, **entro e non oltre le ore 12:00 del ventesimo giorno dalla pubblicazione del presente bando sul sito istituzionale dell'Azienda USL di Piacenza.**

In caso di invio della domanda tramite pec o tramite raccomandata a/r faranno fede rispettivamente la data e l'orario di avvenuta consegna della pec e la data e l'orario riportata sul timbro postale dell'ufficio accettante.

L'Azienda non si assume responsabilità per eventuali disguidi tecnici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

5. MOTIVI DI ESCLUSIONE:

- Il mancato rispetto delle modalità di inoltro della domanda di ammissione;
- il mancato rispetto del termine perentorio per l'invio della domanda di ammissione indicato

nel presente bando;

- il mancato possesso dei requisiti per la partecipazione all'accREDITAMENTO indicati nel presente bando;
- la mancata allegazione di documenti espressamente richiesti nella domanda.

L'esclusione dall'accREDITAMENTO sarà disposta con provvedimento dirigenziale e verrà notificata alle Agenzie interessate entro trenta giorni dall'esecutività del provvedimento.

Per le informazioni sulla presentazione delle domande gli interessati potranno rivolgersi al competente ufficio dell'U.O. AROT dell'Azienda USL di Piacenza (0523/302593).

IL DIRETTORE

Amministrazione Rete Ospedaliera e Territoriale
(Dott.ssa Carla Fornasari)

Allegato A

**ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PER OFFERTA DI SERVIZI DI ASSISTENZA NON SANITARIA
AGGIUNTIVA NELL'AMBITO DELL'AUSL DI PIACENZA**

(da inviare congiuntamente a copia di documento di riconoscimento del legale rappresentante (C.I. o Patente di guida)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

legale rappresentante della Società _____

con sede legale in _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

di essere ammesso al servizio di Assistenza Non Sanitaria aggiuntiva presso gli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda USL di Piacenza.

A tal fine presenta:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione (ex art. 46 DPR 445 DEL 28.12.2000) per quanto alle seguenti dichiarazioni:

- la Società risulta iscritta alla Camera di Commercio al n. _____ con forma giuridica _____
- risulta titolare del seguente indirizzo PEC _____
- risulta titolare di partita IVA con n. _____
oppure
- risulta esente partita IVA ex art. _____
- di avere in essere con l'Agenzia _____ contratto di assicurazione n° _____ per responsabilità civile verso terzi per cose e persone (massimale minimo per sinistro € 1.000.000,00) e per infortuni dei collaboratori con rapporto occasionale o a chiamata (massimale minimo di € 500.000,00 per persona);

2. dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 attestanti atti, stati e qualità di mia diretta conoscenza, e precisamente:

- di avere attivi n. _____ lavoratori dei quali dipendenti n° _____ (in regola con le disposizioni contributive e assicurative previste per legge) e n. _____ con altre forme contrattuali (specificare quali _____)
- che gli operatori coinvolti sono assunti con regolare contratto;

- che gli operatori impegnati sono: di età non inferiore ai 18 anni e in possesso di titolo di scuola dell'obbligo (ovvero, se stranieri, di equivalente titolo di studio), comprendono e parlano la lingua italiana, hanno partecipato ad un corso di informazione organizzato dall'Ausl ovvero sono in possesso di titolo professionale specifico (es.: diploma o laurea infermieristica, qualifica professionale di O.O.S., A.S.A. ed equipollenti), ovvero verranno iscritti con oneri a carico della Società ad un nuovo corso di informazione organizzato dall'Ausl;
- che tutti gli operatori sono stati e sono periodicamente sottoposti a visita da parte del medico competente nominato ex D.Lgs. n.81/2008;

Inoltre attesta di allegare alla presente istanza fornendo all'Azienda USL di Piacenza i seguenti documenti in copia, precisando di essere in possesso dei relativi originali che, su richiesta, produrrò all'Azienda:

1. copia contratti di assicurazione;
2. elenco nominativi operatori;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione per ciascun operatore e copia documento d'identità;
4. certificato di sana e robusta costituzione fisica (in caso di assenza del certificato del medico competente ex D.Lgs. 81/2008), per ogni operatore;
5. certificato D.U.V.R.I. ai sensi del T.U. della Sicurezza di cui al D.Lgs. n. 81/2008 in merito ai rischi potenziali dell'esercizio di attività nell'ambito delle strutture ospedaliere;
6. attestato titolo scuola dell'obbligo rilasciato da Ente Scolastico non italiano in assenza di titolo professionale (es.: A.T.A., O.S.S., etc.) conseguito in Italia per ogni operatore;
7. documentazioni e/o relazione attestanti l'organizzazione, l'attività e la capacità operativa della ditta raggiunta nell'ultimo biennio.

Dichiara infine:

- indirizzo sede operativa _____
- che le tariffe orarie applicate sono _____
- che i recapiti telefonici sono i seguenti:
 1. _____
 2. _____
 3. fax _____con fascia oraria di risposta _____
- che l'indirizzo mail è il seguente _____
- che l'indirizzo di posta certificata è il seguente _____
- di essere disponibile alla sottoscrizione con il Direttore SPP Azienda USL e/o suo incaricato di atto di cooperazione e di coordinamento ex D.Lgs. 81/2008 quale condizione per l'autorizzazione ad operare in ambito aziendale.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 è informato e consapevole che i dati personali saranno trattati dall'Azienda anche con strumenti informatici nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

Allegato B

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art.46 DPR 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (luogo) (prov.) il _____

residente a _____ (luogo) (prov.) in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

- di essere nato/a a _____ () il _____
- di essere residente a _____
- di essere domiciliato a _____ () in via _____ n. _____
- di essere cittadino italiano (oppure: _____)
- di godere dei diritti civili e politici
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica _____
- qualità di pensionato e categoria di pensione _____
- qualità di studente presso la scuola/università _____
- iscrizione presso associazioni o cooperative di qualsiasi tipo _____
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di essere in possesso del permesso di soggiorno valido.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.