

Allegato A

**ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PER OFFERTA DI SERVIZI DI ASSISTENZA NON SANITARIA
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 di avvenuta vaccinazione anti-Sars-CoV-2 in corso di validità;
6. 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;
7. 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;
8. 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
