*Schema per la presentazione della manifestazione di interesse all’indennità di cui all’art 19 novies comma 1 del DL n.137/2020, convertito nella Legge 176/2020.*

**(da predisporre su carta semplice intestata dell’Ente richiedente in formato pdf unico e sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante/procuratore)**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’ACCESSO ALL’INDENNITA’ DI CUI ALL’ART.19 NOVIES COMMA 1 DEL DL N.137/2020 CONVERTITO NELLA LEGGE N.176/2020**

Spett.le

ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo pec del protocollo

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell’Ente gestore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in relazione all’Avviso approvato con Deliberazione ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESENTA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

* all’indennità di cui all’art.19 *novies* comma 1 del DL n.137/2020 convertito nella Legge n. 176/2020 “A*l fine di fronteggiare le criticità straordinarie derivanti dalla diffusione dell’epidemia da COVID-19 e di facilitare la tempestiva acquisizione di dispositivi di protezione individuale (DPI), come individuati dalla circolare del Ministero della salute n. 4373 del 12 febbraio 2020, e di altri dispositivi medicali idonei a prevenire il rischio di contagio, per le residenze sanitarie assistenziali (RSA), le case di riposo, i centri di servizi per anziani, gestiti da enti pubblici e da enti del Terzo settore accreditati, e le altre strutture residenziali pubbliche e private, accreditate e convenzionate, comunque denominate dalle normative regionali, che durante l’emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità, è istituito nello stato di previsione del Ministero della salute un fondo con una dotazione di 40 milioni di euro per l’anno 2021”;*
* in relazione alle determinazioni di cui alla DGR n. XI/6387 del 16.05.2022;

**E A TAL FINE DICHIARA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

(ART. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

1. di essere Ente gestore del:

□Terzo Settore ( indicare i riferimenti di riconoscimento )

□ Ente pubblico

dell’unità d’offerta area anziani sociosanitaria:

Tipologia unità d’offerta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata nel

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla data del 31.12.2021, il numero dei posti letto accreditati è (indicare il numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. di essere Ente gestore:

□Pubblico o □Privata

dell’unità d’offerta accreditata convenzionata (a contratta per l’area sociosanitaria/salute mentale):

Tipologia unità d’offerta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata nel

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla data del 31.12.2021, il numero dei posti letto accreditati convenzionati/a contratto è (indicare il numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(l’Ente aggiunge di seguito tante dichiarazioni quante sono le singole unità di offerta in relazione alle quali presenta domanda; il capoverso va pertanto interamente ricompilato per ciascuna delle unità di offerta ubicate sul territorio di ATS, per le quali è presentata manifestazione di interesse)*;

* di essere consapevole che l’ATS potrà effettuare controlli allo scopo di accertare la veridicità di quanto qui dichiarato;
* che il costo sostenuto per il quale la domanda di sostegno è presentata non è coperto da altri contributi;

allegando:

* copia del documento di identità valido;
* prospetto allegato b) debitamente compilato, trasmesso digitalmente e in formato excel

Luogo e data

Firma digitale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_