**Allegato 2 Sub-1**

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

e-mail PEC: [protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it)

**Oggetto: Dichiarazione di manifestazione di interesse per l’allocazione delle risorse disponibili 2023 - DGR n. XI/7819 del 23/01/2023 – STRUTTURA ACCREDITATA E A CONTRATTO.**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con specifico provvedimento, per l’allocazione di risorse disponibili finalizzate al contenimento dei tempi d’attesa in attuazione di quanto indicato nella D.G.R. n. XI/7819 del 23.01.2023

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale a contratto con il SSR con i quali sottoscrivere addendum contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con il valore, la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale generato tramite l’apposito portale messo a disposizione da ATS Insubria, che si ritiene di poter erogare entro il 31.12.2023, ed in ogni caso aggiuntive rispetto al valore del 106% del budget assegnato per l’erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per l’anno 2023 a favore di assistiti lombardi.

**DICHIARA**

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale a contratto con ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la Struttura denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS dell’Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di stimare che la Struttura a contratto sia in grado di utilizzare le risorse per lombardi già assegnate con la contrattazione ordinaria 2023 e che le stesse non siano sufficienti a remunerare le prestazioni aggiuntive di cui alla presente manifestazione di interesse;
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci, allega copia di valido documento di identità.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firmato digitalmente**

**dal Legale Rappresentante (o suo delegato)**

**Allegati:**

* Copia di un documento di identità del firmatario
* Copia dell’eventuale procura, nelle forme di legge
* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte generato tramite il portale di ATS Insubria (firmato digitalmente)