**Allegato 2/A**

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

e-mail PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse** **per il recupero delle liste di attesa 2023** **DD.G.R. n. XII/61 del 27.03.2023 e n. XII/88 del 03.04.2023.**

**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 il recupero delle liste di attesa 2023 in attuazione di quanto indicato nelle DD.G.R. n. XII/61 del 27.03.2023 e n. XII/88 del 03.04.2023

**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 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)

**Allegato 2/B**

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

e-mail PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse per il recupero delle liste di attesa 2023 - DD.G.R. n. XII/61 del 27.03.2023 e n. XII/88 del 03.04.2023.**

**STRUTTURA ACCREDITATA.**

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 il recupero delle liste di attesa 2023 in attuazione di quanto indicato nelle DD.G.R. n. XII/61 del 27.03.2023 e n. XII/88 del 03.04.2023

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di erogatori accreditati di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con 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 a favore di assistiti lombardi entro il 31.12.2023.

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la Struttura accreditata 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 indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di impegnarsi fin da subito ad ottemperare al debito informativo regionale mediante rendicontazione degli appositi flussi

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)