All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto:** Dichiarazione di manifestazione di interesse per all’attribuzione di un incremento di budget storicizzabile finalizzato all’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale riconducibili alle macroattività di “Radiologia/Diagnostica per immagini” e/o “Medicina fisica e riabilitazione” in favore di assistiti lombardi.

 *- Struttura a contratto per le macroattività in oggetto -*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con specifico provvedimento, per le finalità in oggetto

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’attribuzione di un incremento di budget storicizzabile per le Strutture sanitarie, ubicate nell’area territoriale del Distretto dei Sette Laghi, erogatrici a contratto di prestazioni di specialistica ambulatoriale riconducibili alle macroattività di “Radiologia/Diagnostica per immagini” e/o “Medicina fisica e riabilitazione” per l’erogazione di dette prestazioni in favore di assistiti lombardi, allegando alla presente il prospetto contenente l’offerta proposta generato tramite l’apposito portale messo a disposizione da ATS Insubria.

**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. \_\_\_\_\_\_, gestore della Struttura sanitaria denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CUDES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ erogatrice di prestazioni di specialistica ambulatoriale riconducibili alle macroattività di “Radiologia/Diagnostica per immagini” e/o “Medicina fisica e riabilitazione” a contratto con ATS Insubria;
* che la Struttura sanitaria in parola è ubicata nell’area territoriale del Distretto dei Sette Laghi;
* di essere consapevole che la presente manifestazione di interesse non costituisce impegno da parte dell’ATS dell’Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* 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 dell’offerta proposta generato tramite il portale di ATS Insubria (firmato digitalmente)