**(Modello di istanza di adesione da redigere su carta intestata dell’Ente richiedente e sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante/procuratore)**

**Avviso pubblico di manifestazione di interesse per la raccolta di proposte progettuali utili allo sviluppo dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e delle DD.G.R. n. XII/3720/2024 e n. XII/4481/2025**

Al Direttore del Dipartimento P.I.P.S.S.

Dott.ssa Sara Gambarini

ATS Insubria

Via Ottorino Rossi n. 9

21100 – VARESE

protocollo@pec.ats-insubria.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di**

□ Legale Rappresentante

□ altro soggetto munito di rappresentanza legale (*specificare e allegare eventuale documentazione a supporto*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Ente Gestore (denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

delle seguenti Unità d’Offerta (*elencare le Unità d’Offerta relative all’area di interesse progettuale gestite dall’Ente*):

* Unità d’offerta sociosanitaria:
* (tipologia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, accreditata con ATS Insubria ai sensi della DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* (tipologia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, accreditata con ATS Insubria ai sensi della DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Unità d’offerta sanitaria:
* (tipologia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, accreditata con ATS Insubria ai sensi della DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* (tipologia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, accreditata con ATS Insubria ai sensi della DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Unità d’offerta sociale:
* (tipologia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estremi di accreditamento/autorizzazione all’esercizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* (tipologia) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estremi di accreditamento/autorizzazione all’esercizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**ovvero in qualità di**

* Ente Capofila della seguente rete di partner (*specificare per ciascun partecipante, compreso il capofila, denominazione ente e unità d’offerta, tipologia unità d’offerta, ubicazione unità d’offerta e codice cudes unità d’offerta*)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché di quanto stabilito dall’art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 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:

* di possedere esperienza almeno biennale nella gestione di servizi, di interventi/progettualità nell’area per la quale si presenta il progetto;
* di possedere una o più progettualità/servizi/Unità d’Offerta nel territorio di ATS Insubria;
* che non sussistono condizioni di esclusione dalla partecipazione alle gare pubbliche previste dagli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023 e da qualsiasi altra disposizione legislativa e regolamentare, nonché il possesso dei requisiti soggettivi di cui all’allegato 1) alla D.G.R. n. IX/2569/2014 e s.m.i.;

**MANIFESTA PERTANTO IL PROPRIO INTERESSE**

a partecipare all’Avviso pubblico approvato con Deliberazione ATS Insubria n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_, finalizzato alla raccolta di proposte progettuali utili allo sviluppo dei modelli innovativi previsti ai sensi del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024/2028 e delle DD.G.R. n. XII/3720/2024 e n. XII/4481/2025, per la seguente area di interesse (spuntare la voce desiderata):

□ area a) degli anziani e delle fragilità emergenti – nucleo di psicogeriatria;

□ area a) degli anziani e delle fragilità emergenti – dimissioni facilitate;

□ area e) della salute mentale – intercettazione precoce e presa in carico integrata.

A tale scopo,

**DICHIARA ALTRESI’**

* di possedere i requisiti soggettivi necessari ai fini della stipula del contratto/convenzione e per i quali si allega apposita dichiarazione (come da testo di riferimento Allegato a.3 all’avviso);
* di possedere i requisiti strutturali, organizzativi, gestionali, tecnologici che verranno garantiti nel corso della sperimentazione;
* di garantire, nel caso in cui il progetto preveda il coinvolgimento di Unità d’Offerta residenziali/semiresidenziali, il possesso dei requisiti di accreditamento sanitario/sociosanitario per tutta la durata della sperimentazione;
* di candidare per lo svolgimento del progetto una struttura con posti accreditati non a contratto con il SSR;
* di garantire, nel caso in cui il progetto preveda il coinvolgimento di Unità d’Offerta residenziali/semiresidenziali sociali, il rispetto dei requisiti di accreditamento e/o dell’autorizzazione all’esercizio previsti dalla normativa di riferimento per tutta la durata della sperimentazione;
* di garantire, in caso di progettualità che prevedano interventi di natura residenziale/semiresidenziale, che gli spazi siano a disposizione esclusiva del progetto o con evidenza di soluzioni organizzative tali da garantire la non commistione con eventuale utenza presente;
* di garantire le attività previste dalla progettualità presentata per tutta la durata della sperimentazione (1 anno);
* di aver preso visione e di accettare espressamente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni, modalità, disposizioni previste dalla D.G.R. n. XII/4481/2025 e dall’avviso di manifestazione di interesse approvato da ATS Insubria con deliberazione n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di impegnarsi, qualora il progetto sia presentato dal gestore in qualità di ente capofila, a presentare successivamente all’eventuale aggiudicazione l’accordo di partnership sottoscritto con gli altri enti gestori partecipanti e finanziati;
* di impegnarsi ad avviare le attività previste dal progetto entro e non oltre il 30/11/2025;
* di accettare le modalità di rendicontazione e remunerazione che verranno determinate da ATS Insubria;
* di aver preso visione e condividere i principi enunciati nel Piano integrato di attività e organizzazione dell’ATS Insubria (Deliberazione n. 37/2025) e del Codice di comportamento aziendale (Deliberazione n. 750/2023), reperibili sul sito dell’Agenzia: www.ats-insubria.it – Sezione Amministrazione Trasparente;
* di essere consapevole, in caso di aggiudicazione, che:
* le risorse saranno riconosciute esclusivamente in ragione della produzione effettiva/spese sostenute, rendicontate secondo le modalità che verranno successivamente definite da ATS;
* il riconoscimento economico è subordinato all’assolvimento del debito informativo ed entro il limite del budget previsto dall’accordo contrattuale che verrà sottoscritto in esito al presente Avviso;
* la sperimentazione ha durata annuale e le risorse assegnate non comportano effetti di storicizzazione sugli esercizi successivi;
* eventuali proroghe della sperimentazione su annualità successive saranno disposte esclusivamente su indicazione di Regione Lombardia;
* nel rispetto del divieto del doppio finanziamento, il medesimo costo esposto non può essere rimborsato due volte a valere su fonti di finanziamento diverse.

**ALLEGA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE**

la documentazione prevista al punto 8) dell’Avviso, e più precisamente (*indicare la documentazione allegata*):

1. ……………….
2. ……………….
3. ……………….
4. ……………….
5. ……………….
6. ……………….
7. ……………….

Comunica inoltre il nominativo del referente dell’Ente per la progettualità, da contattare in caso di necessità o chiarimenti rispetto alla presente domanda e l’indirizzo di posta elettronica certificata che ATS Insubria utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all’Avviso:

Cognome Nome referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico diretto referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In fede**

 **Firma del Legale Rappresentante**

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*

***INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679:***

*Titolare del trattamento dei dati è la ATS Insubria con sede a Varese in Via Ottorino Rossi n. 9.*

*Il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) è reperibile presso la sede del titolare ai seguenti recapiti:* *protocollo@pec.ats-insubria.it* *-* *dpo@ats-insubria.it**– tel. 0332/277566.*

*I dati personali forniti saranno raccolti e trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento finalizzato all’Avviso e eventuale successiva sottoscrizione del contratto sociosanitario.*

*Il trattamento sarà effettuato, anche con strumenti informatici, da personale autorizzato, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs n.196/2003 così come modificato dal D.lgs n.101/2018.*

*Sulle dichiarazioni rilasciate ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n.445/2000, saranno effettuati i controlli previsti dall’art.71 del DPR stesso.*

*I dati personali forniti non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere comunicati agli enti certificanti in occasione dei controlli previsti dall’art.71 del DPR n.445/2000.*

*Relativamente al trattamento dei dati personali forniti, l’interessato potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679.*

*Il sottoscritto, alla luce della informativa ricevuta, acconsente al trattamento dei dati personali forniti.*