All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto:** Manifestazione di interesse per il recupero dei tempi di attesa ai sensi della D.G.R. n. 5057 del 29.09.2025.

***- Struttura sanitaria aderente con assetto/branche a contratto -***

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse di codesta ATS per il recupero dei tempi di attesa ai sensi della D.G.R. n. XII/5057 del 29.09.2025,

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di Erogatori accreditati, a contratto e non, di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali sottoscrivere addendum contrattuali per le finalità in oggetto, allegando alla presente il prospetto recante la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di tipo “O” e “Z” generato dal portale web messo a disposizione da ATS Insubria, che si ritiene di poter erogare entro il termine del 30.06.2026, superando il massimo finanziabile previsto dai contratti ordinari per gli anni 2025/2026;

e, per tale ragione,

**DICHIARA**

consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci,

* 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. \_\_\_\_\_\_\_\_, erogatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di tipo “O” e “Z” selezionate e quantificate nell’allegato prospetto generato dal portale di ATS Insubria con assetto/branche a contratto con ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la quale manifesta interesse in adesione alle finalità e disposizioni declinate nell’avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato 2);
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte di ATS Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di ottemperare al debito informativo regionale provvedendo a rendicontare con le modalità indicate attraverso gli appositi flussi l’attività erogativa oggetto della presente dichiarazione, così come declinato nell’avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato 2, punto 1.1);
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 dal Legale rappresentante o Procuratore delegato

**Documenti allegati:**

* Prospetto delle prestazioni selezionate e quantificate generato dal portale web di ATS Insubria;
* Copia della procura nelle forme di legge (in caso di sottoscrizione a cura del Procuratore delegato).

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto:** Manifestazione di interesse per il recupero dei tempi di attesa ai sensi della D.G.R. n. 5057 del 29.09.2025.

***- Struttura sanitaria aderente con assetto/branche accreditate non a contratto -***

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse di codesta ATS per il recupero dei tempi di attesa ai sensi della D.G.R. n. XII/5057 del 29.09.2025,

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di Erogatori accreditati, a contratto e non, di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali sottoscrivere accordi/addendum contrattuali per le finalità in oggetto, allegando alla presente il prospetto recante la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di tipo “O” e “Z” generato dal portale web messo a disposizione da ATS Insubria, che si ritiene di poter erogare entro il termine del 30.06.2026 e, per tale ragione,

**DICHIARA**

consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci,

* 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. \_\_\_\_\_\_\_\_, erogatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di tipo “O” e “Z” selezionate e quantificate nell’allegato prospetto generato dal portale di ATS Insubria con assetto/branche accreditate, con la quale manifesta interesse in adesione alle finalità e disposizioni declinate nell’avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato 2)
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte di ATS Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di impegnarsi fin da subito ad ottemperare al debito informativo regionale provvedendo a rendicontare attraverso gli appositi flussi l’attività erogativa oggetto della presente dichiarazione, così come declinato nell’avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato 2, punto 1.1) e di integrarsi al sistema regionale di prenotazione delle prestazioni.

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

 dal Legale rappresentante o Procuratore delegato

**Documenti allegati:**

* Prospetto delle prestazioni selezionate e quantificate generato dal portale web di ATS Insubria;
* Copia della procura nelle forme di legge (in caso di sottoscrizione a cura del Procuratore delegato).