

ALLEGATO 4

SCHEMA PROGETTO DESCRITTIVO DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO E DI TRASPORTO SU PATOLOGIE AUTORIZZABILI E CONTINUAZIONE DI CURE.

**(da redigere su carta intestata dell'Associazione)*

*** (in caso di aggregazione riportare i dati di tutte le O.d.V. aggregate e la percentuale di impegno delle singole Associazioni)*

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a a il

residente a via

in qualità di

dell'Associazione

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/200, ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità, **ai fini della partecipazione all'Avviso di selezione di cui alla Deliberazione n. 379 del 27/11/2024**

DICHIARA

a) risorse di volontariato totali

Numero dei volontari totali dell'Associazione alla data di presentazione del Progetto. Note: unitamente al numero dei volontari dovrà essere presentato un elenco nominativo relativo ai volontari conteggiati nei numeri di cui sopra in formato cartaceo ed elettronico, su file excel contenente nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita. <i>In caso di aggregazione l'elenco dovrà altresì riportare l'O.d.V. cui il volontario è iscritto (anche più di una)</i>	
---	--

b) risorse di volontariato formate

Numero dei volontari formati al trasporto o con formazione superiore dell'Associazione alla data di presentazione del Progetto. Note: unitamente al numero dei volontari dovrà essere presentato un elenco nominativo relativo ai volontari conteggiati nei numeri di cui sopra in formato cartaceo ed elettronico, su file excel contenente nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, formazione posseduta. <i>In caso di aggregazione l'elenco dovrà altresì riportare l'O.d.V. cui il volontario è iscritto (anche più di una)</i>	
--	--

c - risorse materiali, di evidente utilità, dell'OdV

Autorimessa, risultante dalla documentazione per l'autorizzazione sanitaria	SI /NO
Locali dedicati all'aggregazione per il proprio personale ad esclusione di quelli destinati ad ospitare il personale in servizio attivo	SI /NO
Aule di formazione dedicate	SI /NO
Ufficio dedicato alle attività amministrative con accessibilità regolamentata ai fini del rispetto della normativa sulla Privacy	SI /NO
Spazio dedicato allo stoccaggio del materiale di consumo	SI /NO

In caso di aggregazioni tra OdV il punteggio viene assegnato per ogni locale anche se posseduto da una sola OdV. Gli stessi locali disponibili in tutte le OdV aggregate verranno conteggiati una volta sola.

d - risorse materiali: ambulanze, automediche, autovetture e idroambulanze

Numero ambulanze, automedica, idroambulanza, immatricolata come mezzo di soccorso o trasporto sanitario secondo le normative vigenti, in possesso dell'idoneità sanitaria, ove prevista, e autovettura con data di prima immatricolazione nei cinque anni solari precedenti la data di presentazione del progetto. Note: unitamente al numero dei mezzi allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo. <i>In caso di aggregazione l'elenco dovrà altresì riportare le risorse materiali disponibili per ogni O.d.V.</i>	
---	--

e - risorse materiali: ambulanze, automediche, autovetture e idroambulanze disponibili per la Convenzione

Numero ambulanze, automediche, idroambulanze disponibili immatricolate come mezzo di soccorso o trasporto sanitario secondo le normative vigenti, in possesso dell'idoneità sanitaria, ove prevista, e autovettura, escluse quelle destinate ad altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza. Note: unitamente al numero dei mezzi allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo.	
---	--

f - esperienza maturata: servizi totali

Numero servizi complessivi per trasporti di servizi totali nei dieci anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione.	
--	--

g - esperienza maturata: servizi in convenzione

Numero servizi complessivi per trasporti di servizi interospedalieri nei dieci anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione. Note: in caso di aggregazione di più OdV è necessario indicare per ogni OdV il n° totale dei servizi effettuati in Convenzione	
--	--

h - esperienza maturata: anni di costituzione

Anno di costituzione Note: in caso di aggregazione di più OdV è necessario indicare l'anno di costituzione di ogni OdV aggregata.	
---	--

Di accettare tutte le clausole, norme e condizioni contenute nell'Avviso di selezione.

Di impegnarsi a sottoscrivere la Convenzione per l'affidamento per l'affidamento delle attività di trasporto sanitario interospedaliero ordinario programmato ed in regime di urgenza, trasporto sanitario per dialisi, trasporto sanitario su patologie autorizzabili e continuazione di cure.

Data

Firma leggibile del dichiarante (*)

- Allegare copia del documento di identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 445/2000.