ALLEGATO 2

**SCHEMA PROGETTO DESCRITTIVO DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO**

**SANITARIO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO E DI TRASPORTO SU PATOLOGIE AUTORIZZABILI E CONTINUAZIONE DI CURE PERIODO. ANNO 2022 - 2023**

\*(da redigere e sottoscrivere congiuntamente nel caso di aggregazione di più Associazioni)

\*\*(**da redigere per ogni LOTTO per cui si richiede la partecipazione**)

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 de

i 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 partecipazioneall'avviso di selezione per l'affidamento del lotto ………………*.. (codice identificativo del lotto come indicato nell’avviso)*

**DICHIARA**

**a) risorse di volontariato**

Numero dei volontari totali dell’Associazione alla data di presentazione del Progetto. 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 contenete nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita.

**b) risorse di volontariato formate**

Numero dei volontari formati al trasporto o con formazione superiore dell’Associazione alla data di presentazione del Progetto. 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 contenete nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, formazione posseduta.

**c - risorse materiali, di evidente utilità, dell’Associazione**

Autorimessa, risultante dalla documentazione per l’autorizzazione sanitaria SI/NO.

Locali dedicati all’aggregazione per il proprio il 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.

**d - risorse materiali: automezzi**

Numero automezzi o idroambulanze disponibili immatricolate in classe B, A e A1, nei cinque anni precedenti la data di presentazione del progetto, con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti (2016 - 2020): indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo.

**e - risorse materiali: automezzi disponibili per la convenzione**

Numero automezzi o idroambulanze disponibili immatricolate in classe A e A1 (escluse quelle destinate ad altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza), con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti indicare numero e 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 (2011 – 2020).

**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 (2011 – 2020).

**h -esperienza maturata: anni di fondazione**

Anno di fondazione ……….

Di accettare tutte le clausole, norme e condizioni contenute nell'avviso di selezione per l'affidamento del LOTTO n. …………….

Di impegnarsi ad accettare l’assegnazione della convenzione per il LOTTO n. ………..

Data …………………………….

Firma leggibile del dichiarante (\*)

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