*Allegato 1 – Istanza di partecipazione*

Alla **ASL di Teramo**

**Dipartimento Assistenza territoriale**

cast@pec.aslteramo.it

**AVVISO PUBBLICO**

**per l’acquisizione di Manifestazione di Interesse da parte di organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, ai sensi dell’art. 56 del d.lgs. n. 117/2017,**

**finalizzato alla stipula di una convenzione avente ad oggetto la realizzazione di un percorso di ascolto, sostegno e accompagnamento dei pazienti affetti da patologie oncologiche, e per l’istituzione e la gestione della Banca del Capello**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a *(Cognome e nome)* | | |
| nato/a a | | il |
| residente nel Comune di | | Prov. |
| CAP |  |  |
| Via/Piazza | | N. |

in qualità di legale rappresentante dell'Ente del Terzo Settore (ETS)

[ ] Organizzazione di volontariato

[ ] Associazione di promozione sociale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| con sede nel Comune di | | |
| Prov. |  | CAP |
| Via/Piazza | | n. |
| Codice fiscale | | |
| Partita Iva | | |
| Tel. | Pec | |
| e-mail | | |

# MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alla procedura comparativa per lo svolgimento delle attività previste nell’Avviso approvato con Deliberazione n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, a norma del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali connesse all'eventuale rilascio di dichiarazioni false o mendaci (art. 76 del Decreto medesimo),

# DICHIARA

* che l’Organizzazione è regolarmente iscritta dal giorno *(almeno 6 mesi),* al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore RUNTS), di cui al D.Lgs.vo 3 luglio 20217, n. 117 e al D.M. n. 106 del 15 settembre 2020 (G.U. n. 251 del 21 ottobre 2020);
* che l'Organizzazione non ha procedure di cancellazione in corso dal RUNTS;
* che l'Organizzazione ha sede operativa permanente sul territorio della regione Abruzzo, con uno spazio di accoglienza che garantisca la privacy dell’utente;
* che nello Statuto è prevista la realizzazione di attività di sostegno ai malati oncologici;
* che l'Organizzazione è in possesso di adeguata esperienza di almeno tre anni maturata, in regione Abruzzo, nello svolgimento delle attività di cui al punto che precede;
* che l'Organizzazione ha disponibilità di operatori e volontari con specifiche competenze maturate in ambito sociosanitario, desumibili dagli allegati *curricula* degli stessi;
* che l'Organizzazione osserva le norme in materia di assicurazione contro gli infortuni e le disposizioni di sull’impiego di volontari (cfr., art. 18, CdS);
* che l'Organizzazione osserva le norme in materia di sicurezza sul lavoro e di tutela della privacy;
* che per l'Organizzazione non ricorrono condizioni che determinano incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione o conflitto di interessi (cfr., art. 94, D. Lgs. n. 36/2023).

# ALLEGA

* copia del documento di identità, in corso di validità, e del codice fiscale del legale rappresentante;
* copia dell’atto costitutivo e dello statuto;
* relazione illustrativa, redatta secondo il Format – Allegato 2 all’Avviso, che espone l’esperienza maturata in attività di supporto ai pazienti oncologici, nonché le modalità realizzazione e gestione dei servizi oggetto dell’Avviso con indicazione del numero di volontari coinvolti;
* *curricula* degli operatori e dei volontari impiegati, da cui si evincono le competenze maturate in ambito sociosanitario, redatti secondo il Format – Allegato 3 all’Avviso;
* copia della polizza assicurativa del personale volontario coinvolto.

*Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Il Legale Rappresentante*