AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO ALLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E COOPERATIVE SOCIALI PER L'AFFIDAMENTO DELLA POSTAZIONE INFERMIERISTICA PRESSO LA LOCALITA' CHIA – COMUNE DI DOMUS DE MARIA INDIVIDUATA NEL PIANO TERRITORIALE PER IL POTENZIAMENTO ESTIVO DEL SERVIZIO EMERGENZA – URGENZA 118 - ANNO 2024

In esecuzione della Delibera D.G. n. del l'Azienda Regionale per l'Emergenza e Urgenza Sardegna

RENDE NOTO

che intende dare avvio ad una manifestazione di interesse finalizzata all'individuazione di soggetti operanti nel settore di trasporto con ambulanza aventi adeguata esperienza professionale, per la copertura della postazione 118 presso la località di Chia – Comune di Domus de Maria, ricompresa nel piano di potenziamento per la stagione del sistema territoriale di emergenza – urgenza, a causa della rinuncia da parte della Cooperativa Sociale assegnataria della stessa postazione con deliberazione D.G. n. 163 del 06.05.2024.

La postazione oggetto della presente manifestazione di interesse è la seguente:

ASL DI CAGLIARI

1) **PROGETTO INDIA (infermieristica)**

SELETTIVA	POSTAZIONE	OPERATIVITA'
INDIA 2	Località Chia – Domus de Maria	H 24 dalla data di inizio dell'attività al 30.09.2024

Per la postazione INDIA l'Associazione / Cooperativa selezionata dovrà fornire, in presenza dell'infermiere, nelle fasce orarie indicate nel piano di potenziamento estivo, un equipaggio composto da un soccorritore e da un autista/soccorritore, oltre a due mezzi di soccorso;

I periodi e le fasce orarie di **INDIA 2** saranno i seguenti:

15 giugno – 13 luglio: H 12 con orario dalle ore 08.00 alle 20.00 dal lunedì al giovedì e nei fine settimana in H 24 dalle ore 08.00 del venerdì alle ore 08.00 del lunedì;

14 luglio - 8 settembre: H 24 tutti i giorni della settimana;

9 settembre – 30 settembre: H 12 con orario dalle ore 08.00 alle 20.00 dal lunedì al giovedì e nei fine settimana in H 24 dalle ore 08.00 del venerdì alle ore 08.00 del lunedì;

Nelle restanti fasce orarie o in assenza dell'infermiere l'Associazione/Cooperativa dovrà operare come mezzo di soccorso di base fornendo, oltre ai mezzi di soccorso, un equipaggio completo formato da 2 soccorritori e un autista/soccorritore.

L'Associazione di Volontariato/ Cooperativa Sociale inoltre, dovrà mettere a disposizione, nella sede operativa della postazione di base, una stanza dedicata esclusivamente per il personale infermieristico di turno.

1. REQUISITI DI AMMISSIONE

Alla selezione possono accedere le Associazioni di Volontariato e le Cooperative sociali che si trovino in possesso di tutti i seguenti requisiti:

1.1.Requisiti di ordine generale:

1.1. **Requisiti di ordine generale**:

a) di essere iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno sei mesi;
oppure
(*per le Organizzazioni di Volontariato in fase di iscrizione al RUNTS*) di essere stata iscritta nel Registro Regionale del Volontariato previsto dall'art. 5 della L.R. n 39/1993 ai sensi dell'art. 13, per un periodo di almeno 6 mesi e attualmente è ancora sottoposta al procedimento di verifica di cui di cui all'art. 54 del D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117, "Codice Terzo Settore";

Per le Cooperative Sociali

a) di essere di tipo "A" o "C" a mutualità prevalente;
b) di essere iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno 6 mesi;
oppure
(*per le Cooperative Sociali in fase di iscrizione al RUNTS*) di essere stata iscritta nell'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo da almeno sei mesi;
c) di avere sede legale e operatività in Sardegna;
d) di essere in regola con gli obblighi contributivi previdenziali in caso di presenza di personale dipendente;

NB. Nel caso in cui l'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale sia ancora nella fase di iscrizione al Registro Unico Nazione del Terzo Settore, dovrà produrre idonea documentazione che attesti le motivazioni della mancata iscrizione e le tempistiche di registrazione.

Le Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali non convenzionate, dovranno essere in possesso di comprovata esperienza nel settore del servizio di soccorso di almeno 2 anni, anche se non continuativi, conseguita nell'ultimo quinquennio. Qualora non pervenisse alcuna manifestazione di interesse che soddisfi il requisito richiesto l'Azienda valuterà le istanze pervenute per tale postazione con requisiti inferiori.

È condizione essenziale per la partecipazione alla procedura di selezione e per tutta la sua durata che continuino a permanere in capo all'Associazione di Volontariato o alla Cooperativa Sociale i requisiti specifici testé elencati, con la conseguenza che la loro perdita determinerà l'immediata risoluzione del rapporto convenzionale.

Sono ammessi alla presente procedura le Associazioni di Volontariato/Cooperative Sociali in forma singola o in aggregazione tra più operatori. L'aggregazione oraria è consentita solo per le postazioni in cui è prevista un'operatività giornaliera in H 24/24.

1.2. Requisiti tecnici

a) mezzi di soccorso Postazioni MSB e Postazione INDIA:

Disponibilità a qualsiasi titolo e per la durata del servizio previsto in convenzione di n. 2 ambulanze per postazione con le seguenti caratteristiche: **n . 1 mezzo di normale uso** che dovrà risultare in perfetta efficienza e non aver percorso più di Km 200.000 e non aver compiuto 8 anni dalla data di prima immatricolazione e **n. 1 ambulanza di riserva** che dovrà risultare in perfetta efficienza e non avere percorso più di Km 300.000 e non aver compiuto 11 anni dalla data di prima immatricolazione.
I mezzi di soccorso impiegati per il servizio di trasporto in emergenza devono possedere caratteristiche non inferiori a quelle prescritte per i mezzi a targa civile dalla vigente normativa per le ambulanze di tipo A (D.M. 17.12.1987 N. 553).

La dotazione quantitativa e qualitativa delle attrezzature a bordo dei mezzi di soccorso non può essere inferiore agli standard previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionale **(Allegato 4 alla convenzione che regolamenta il servizio emergenza urgenza di base approvata con D.G.R. 36/45 del 31.08.2021**).
Le ambulanze in convenzione dovranno obbligatoriamente essere sottoposte alle verifiche di legge compresa la revisione annuale, nonché ispezionate prima della stipula della convenzione in parola dal personale AREUS; Nelle ambulanze oggetto della convenzione dovrà essere indicato Il logo del 118 e il contrassegno dell'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale realizzati in modo da poter rendere agilmente rilevabile all'utenza che l'ambulanza può svolgere il servizio in regime di convenzione; Inoltre dovranno essere dotate del dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu e del dispositivo acustico supplementare di allarme bitonale omologato in Italia;

Potranno essere indicate esclusivamente ambulanze la cui disponibilità oraria non sia già impegnata nell'ambito della vigente convenzione con l'AREUS o in altri servizi con Enti o strutture sanitarie pubbliche e private.

b) Personale:
Il personale da adibire al servizio dovrà avere idonea qualificazione, idonee condizioni di salute e valide capacità professionali e dovrà essere in numero sufficiente per assicurare la regolare esecuzione del servizio. Per ciascuna postazione MSB l'Associazione/Cooperativa dovrà fornire un'equipe composta da un soccorritore autista e da almeno 2 soccorritori. Per le postazioni infermieristiche (INDIA) l'Ente del Terzo Settore assegnatario dovrà fornire un autista soccorritore e un soccorritore, nelle fasce orarie di presenza dell'infermiere.

1. **Il soccorritore autista** deve essere in possesso dei seguenti requisiti:
   - abilitazione alla guida secondo normativa di legge;
   - conoscenza della zona abituale di operatività;
   - formazione prevista per l'Operatore come indicato al successivo punto 2 del presente paragrafo;
   - età minima 21 anni, età massima compimento dei 65 anni, deroghe al limite massimo di età a 70 anni sono ammesse su specifica certificazione redatta dal Direttore Sanitario dell'Associazione/Cooperativa che comprovi l'idoneità psicofisica alla guida dei mezzi di soccorso, da notificare all'AREUS e rinnovare annualmente;
   - attività prestata nell'ambito dell'Associazione/Cooperativa da almeno sei mesi.

2. **Il soccorritore** dovrà possedere i seguenti requisiti:
   - conoscenza delle tecniche di primo soccorso, di rianimazione cardiopolmonare e utilizzo del DAE paziente adulto (BLSD) soccorso del paziente traumatizzato (PTC base), paziente pediatrico PBLSD**;**
   - età minima 18 anni e sei mesi (con almeno sei mesi pregressi di affiancamento), età massima compimento dei 65 anni, salvo quando disposto dal precedente **punto 1;**
   - attività di Soccorso prestata nelle Organizzazioni di Volontariato o presso le Cooperative Sociali per almeno sei mesi.

Gli operatori dovranno essere autorizzati a svolgere l'attività di soccorso oggetto della presente manifestazione di interesse, dal Direttore Sanitario dell'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale dopo il superamento dei corsi di formazione specifici (BLS-D base, PTC base e PBLSD);

Si specifica che il servizio oggetto del presente avviso dovrà essere svolto con il personale indicato, nel Modello C) unito al presente avviso, e che ogni variazione di tale elenco dovrà essere comunicata tempestivamente all'AREUS;

Il numero degli operatori presente in ciascuna Associazione o Cooperativa Sociale dovrà essere congruo all'orario di servizio indicato e dovrà rispettare la normativa vigente in materia di lavoro a turni.

Si fa presente che i requisiti richiesti per la partecipazione alla presente procedura dovranno essere in possesso degli ETS partecipanti alla data di presentazione dell'istanza.

c) **REQUISITI SEDE OPERATIVA POSTAZIONE INFERMIERISTICA INDIA**

Per la postazione infermieristica INDIA l'Associazione di Volontariato/ Cooperativa Sociale selezionata dovrà mettere a disposizione, nella sede operativa della postazione, una stanza esclusivamente dedicata all'infermiere di turno.

2. **DIPENDENZA OPERATIVA**

I mezzi in convenzione dovranno essere a disposizione esclusivamente delle Centrali Operative 118 per competenza e non potranno essere impiegati per nessun altro fine durante il periodo di convenzionamento.

3. **RIMBORSI**

Per ogni postazione affidata l'Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale ha diritto al rimborso delle spese sostenute secondo quanto previsto dalla convenzione regionale approvata con DGR 36/45 del 31.08.2021. Sono esclusi da rimborso i costi sostenuti per la formazione del personale che opererà nel servizio oggetto della presente procedura di assegnazione e le spese riguardanti l'emergenza COVID -19 indicate in convenzione, in quanto non più attuali.
La misura del rimborso riguardante il servizio attivo e chilometrico è calcolata sulla base dell'**Allegato 1)** al presente documento.

ASSEGNAZIONE DEL SERVIZIO

Successivamente alla scadenza dei termini per la presentazione delle manifestazioni di interesse il Servizio Affari Generali e Legali, procederà d'ufficio all'istruttoria delle domande pervenute verificando la presenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
Ad avvenuto esito delle suddette attività di verifica si provvederà sulla base delle domande pervenute e ritenute idonee, relativamente a ciascuna postazione oggetto del presente avviso, all'assegnazione della stessa tenendo conto dei criteri di seguito definiti in ordine di priorità:

1) Associazione di Volontariato o Cooperativa convenzionata che ha sede legale nel Comune nel quale insiste la postazione per la quale si concorre, privilegiando l'Associazione di Volontariato;
2) Nel caso in cui non sia pervenuta alcuna domanda da parte di Associazioni di Volontariato o Cooperative Sociali convenzionate con sede nel Comune in cui insiste la postazione 118, verrà valutata la distanza dalla sede legale del soggetto partecipante rispetto alla sede della postazione per la quale si concorre;
3) A parità di requisiti di cui punto 1) o 2) sarà privilegiata l'Associazione di Volontariato che possiede l'attestazione di qualificazione ISO 9001/2015 e a seguire la Cooperativa Sociale che possiede la medesima attestazione;
4) A seguire sarà privilegiata l'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale che possiede un numero superiore di volontari/ dipendenti in possesso di una formazione aggiuntiva rispetto a quella di accesso alla convenzione regionale vigente. Tale formazione dovrà essere attinente al servizio emergenza – urgenza rispetto a quella minima richiesta. A parità di personale formato, verrà privilegiata l'Associazione di Volontariato;

In mancanza di domande di partecipazione da parte di soggetti già convenzionati con AREUS, la postazione potrà essere affidata anche ad Associazioni di Volontariato o Cooperative Sociali non convenzionate purché in possesso dei requisiti generali e tecnici richiesti e di esperienza almeno biennale nel settore, tenendo conto in caso di più istanze dei criteri di priorità sopra richiamati.

Per le postazioni 118 per le quali non risulta pervenuta alcuna manifestazione di interesse, o le istanze pervenute non siano state ritenute idonee, l'AREUS si riterrà libera di stabilire opportune convenzioni ai sensi della normativa vigente.

La stipula della convenzione o addendum alla convenzione già in essere è subordinata all'esito positivo delle verifiche delle dichiarazioni rese dalle Associazioni di Volontariato/ Cooperative Sociali in sede di partecipazione;

Il riscontro, in fase ispettiva, di difformità rispetto a quanto richiesto dal presente avviso comporterà la decadenza alla stipula della convenzione.

L'Amministrazione si riserva di sospendere o non assegnare la presente procedura motivatamente senza possibilità di pretesa alcuna in capo alle Organizzazioni di Volontariato o Cooperative Sociali partecipanti;

4. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

4.1 La domanda di partecipazione dovrà pervenire a pena di esclusione, a mezzo PEC al seguente indirizzo: terzosettore118@pec.areus.sardegna.it, perentoriamente entro il **giorno** _____

Nell'oggetto della PEC dovrà essere riportata esclusivamente la seguente dicitura: **"Manifestazione di interesse per l'affidamento della postazione infermieristica sita nella località di Chia – Comune di Domus de Maria ricompresa nel piano per il potenziamento estivo 2024 del servizio emergenza – urgenza 118".**

Non verranno prese in considerazione le istanze pervenute oltre il termine sopra indicato e quelle non inviate a mezzo PEC.

5. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La PEC dovrà contenere la seguente documentazione:

1. **istanza di partecipazione e dichiarazioni in merito al possesso dei requisiti (Modello A)**, sottoscritta dal legale rappresentante dell'Associazione di volontariato o Cooperativa Sociale concorrente**, con allegata la copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore;** la domanda potrà essere sottoscritta anche da un procuratore del legale rappresentante e, in tal caso, va allegata copia conforme all'originale della relativa procura;

Nell'istanza di partecipazione e dichiarazione del possesso dei requisiti, redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R.. 28 dicembre 2000, n. 445, il Rappresentante Legale dell'Associazione di volontariato o della Cooperativa Sociale assumendosene la piena responsabilità dichiara:

Per le Associazioni di Volontariato:

Inoltre dichiara

a) Per le Associazioni di Volontariato:

a.1) (***compilare nel caso in cui trattasi di ETS di nuova iscrizione al RUNTS)***: che alla data di presentazione della domanda l'Associazione di volontariato è iscritta, da almeno 6 mesi, nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____

ovvero

a.2) (***compilare nel caso in cui trattasi di ETS iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da meno di 6 mesi)*** che alla data di presentazione della domanda l'Associazione di volontariato è iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____e che è stata iscritta precedentemente all'Albo Regionale del Volontariato previsto dall'art. 5 della L.R.

n. 39/1993 ai sensi dell'art. 13, per un periodo di almeno 6 mesi, numero di registrazione _____ con decorrenza _____;

ovvero

a.3) (***compilare nel caso in cui trattasi di ETS non ancora iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, in quanto ancora sottoposto alla fase di verifica di cui all'art. 54, comma 2 del Codice del Terzo Settore)*** che alla data di presentazione della domanda l'Associazione di volontariato è iscritta all'Albo Regionale del Volontariato previsto dall'art. 5 della L.R. n. 39/1993 ai sensi dell'art. 13, per un periodo di almeno 6 mesi, numero di registrazione _____ con decorrenza _____ e che attualmente è sottoposto a procedimento di verifica di cui all'art. 54, comma 2 del Codice del Terzo Settore. *in tal caso dovrà essere prodotta la documentazione indicata al numero 11) del presente avviso);*

b) Per le Cooperative sociali

b. 1) che la Cooperativa Sociale è a mutualità prevalente di tipo _____ (indicare il tipo di attività "A" o "C";

b.2) (**compilare nel caso in cui trattasi di ETS iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno di 6 mesi*)***: che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno 6 mesi a far data dal _____ n. _____

ovvero

b.3) (**compilare nel caso in cui trattasi di ETS iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, da meno di meno di 6 mesi*)*** che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____ e che precedentemente risultava iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione_____ ;

b.4) **compilare nel caso in cui trattasi di ETS non ancora iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore):** che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione_____ e che attualmente è che in attesa di iscrizione al RUNTS.

b.5) che la Cooperativa ha sede legale e operatività in Sardegna;

c) di essere in regola con gli obblighi contributivi previdenziali in caso di presenza di personale dipendente;
d) di concorrere per la seguente postazione di ambulanza (indicare la selettiva e/o la località in cui ha sede la postazione);
e) che ogni singola ambulanza, sia quella di normale uso, sia quella di riserva è dotata dell'attrezzatura standard elencata nell'**Allegato 4** alla convenzione 118 in essere approvata con D.G.R. 36/45 del 31.08.2021 al presente avviso.
f) che nell'ambito della propria Associazione di volontariato o Cooperativa Sociale risulta un numero di unità di personale sufficiente a garantire la regolare gestione della postazione per la quale si concorre e che il medesimo personale, ha piena conoscenza del territorio in cui insiste la postazione prescelta.
g) di aver preso esatta cognizione, e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nella presente procedura di selezione;
h) di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove deve essere eseguita la prestazione;

i) che l'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale, *non convenzionata con AREUS,* ha espletato nel settore dell'emergenza urgenza di base servizi di soccorso per la durata complessiva, anche se non continuativa, di anni 2, nell'ultimo quinquennio:

j) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Associazione o Cooperativa, verrà esclusa dalla procedura di selezione per la quale è rilasciata o, se risultata affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto da questa Azienda, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ;

k) di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito "Regolamento" o "GDPR") e di ogni normativa applicabile in riferimento al trattamento dei Dati Personali, nonché quanto disposto dall'art. 7 dell'avviso pubblico concernente la manifestazione di interesse in oggetto;

2. dichiarazione, redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e sottoscritta dal Rappresentante Legale dell'Associazione di volontariato o della Cooperativa Sociale delle ambulanze destinate alla postazione per la quale si concorre, **(Modello B)** riportante:

   a) tipo si automezzo MSB; b) tipo di utilizzo (nomale uso o riserva); c) targa d) marca; e) modello f) kilometraggio percorso alla data di sottoscrizione della domanda di partecipazione ; g) Anno di immatricolazione; h) Data ultima revisione; i) Società Assicurazione; l) Data scadenza Assicurazione; m) Titolo di possesso (Proprietà/Leasing/Comodato d'uso/ altro.

   <u>E nella quale dichiara</u>:

   - che i mezzi di soccorso sopra riportati possiedono caratteristiche non inferiori a quelle prescritte per i mezzi a targa civile dalla vigente normativa per le ambulanze di tipo A (D.M. 17.12.1987 N. 553);
   - che la dotazione quantitativa e qualitativa delle attrezzature suddette non è inferiore agli standard previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionale, allegato 4) alla convenzione;
   - che le ambulanze in convenzione vengono sottoposte alle verifiche di legge, compresa la revisione annuale;
   - di impegnarsi a sostituire i mezzi sopra indicati in caso di avaria di qualunque tipo, con un mezzo di caratteristiche analoghe a quello offerto;
   - Che la diponibilità dei mezzi sopra indicati, non risulta impegnata nelle stesse fasce orarie nell'ambito di convenzioni con AREUS o altri Enti o Strutture Private.

   Allegare copia documento di identità in corso di validità.

3. Dichiarazione redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in ordine al possesso dei requisiti, **modello C)**, con la quale il Rappresentante Legale dell'Associazione o Cooperativa Sociale dichiara:

   - che il personale elencato sarà dedicato all'espletamento del servizio emergenza urgenza 118 presso la postazione per la quale si concorre. Specificatamente dovranno essere indicati: nome, cognome, data di nascita, data di iscrizione degli operatori all'ETS di appartenenza, rapporto di lavoro, mansione dei volontari/dipendenti/soci volontari, data dei corsi BLSD, PTC BASE, PBLSD.
   - Che la presenza degli stessi nei turni della postazione oggetto di interesse sarà assicurata nel rispetto della normativa vigente in materia di lavoro a turni;

4. Procura Speciale comprovante la facoltà del sottoscrittore di impegnare il concorrente, nell'ipotesi in cui le dichiarazioni di cui ai precedenti punti siano state rese da un Procuratore speciale;

5. Dichiarazione redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con la quale il Rappresentante Legale dell'Associazione o Cooperativa Sociale dichiara, utilizzando il **Modello D),** che il personale afferente alla propria Associazione/Cooperativa possiede i requisiti di cui all'art. 4, comma 3, e comma 4) della convenzione e che ha maturato un'esperienza di almeno sei mesi presso

lo stesso Ente del Terzo Settore partecipante alla presente procedura di assegnazione o presso altri Enti del Terzo Settore. **(Da compilare solo nel caso in cui tra il personale indicato nell'allegato C) vi siano operatori iscritti/dipendenti nell'ETS partecipante da meno 6 mesi, ma che abbiano comunque maturato tale esperienza in altro ETS).**
Allegare copia documento di identità in corso di validità

6. Procura Speciale comprovante la facoltà del sottoscrittore di impegnare il concorrente, nell'ipotesi in cui le dichiarazioni di cui ai precedenti punti siano state rese da un Procuratore speciale;
7. Copia dei libretti di circolazione con evidenza della data di revisione, copia delle polizze assicurative dei mezzi messi a disposizione nonché copia di idonea documentazione che certifichi la titolarità di tali mezzi (contratto di comodato d'uso, contratto di noleggio, contratto di leasing);
8. Dichiarazione del Direttore Sanitario dell' Associazione/Cooperativa Sociale che autorizza il personale indicato nel Modello C) a svolgere il servizio emergenza – urgenza presso la postazione per la quale si concorre (art. 4 della Convenzione);
9. Attestati dei corsi di formazione aggiuntivi attinenti al servizio emergenza – urgenza 118 in possesso degli operatori elencati nel Modello C);
10. Verbale di nomina del Legale Rappresentante dell' Associazione/Cooperativa Sociale, (*da produrre solo nel caso di ETS NON CONVENZIONATO con AREUS*);
11. Documento di identità del Legale Rappresentante;
12. Documentazione attestante l'iscrizione al Registro Unico Nazionale degli Enti del Terzo Settore o eventuale certificazione che attesti le motivazioni della mancata iscrizione e le tempistiche di registrazione, corredata in quest'ultimo caso da documentazione attestante l'Iscrizione al Registro Regionale del Volontariato previsto dall'art. 5 della legge regionale 13 settembre 1993, n. 39, ai sensi dell'art. 13, se trattasi di Associazione di Volontariato, o l'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna se trattasi di Cooperative Sociali;

Le dichiarazioni di cui i punti 1,2, 3 e 5 dovranno *essere* rese sui modelli **A), B) C) e D)** allegati al presente avviso.

Nel caso in cui più operatori intendano concorrere in aggregazione tra di loro per una stessa postazione, la documentazione di cui ai punti 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11. del presente articolo dovranno essere prodotte da ciascuna operatore costituente l'aggregazione.
Inoltre gli stessi operatori dovranno produrre:

a) Una dichiarazione a firma congiunta in cui i Rappresentanti Legali degli operatori attestino la volontà di svolgere in regime di aggregazione oraria il servizio di emergenza – urgenza presso la postazione di interesse, indicando le fasce orarie che intendono ricoprire, attraverso la rispettiva compilazione del **Modello E)** da allegare alla documentazione sopra riportata;

In analogia all'art. 101 del D.Lgs. n. 36/2023, la mancanza, l'incompletezza e ogni altra irregolarità essenziale degli elementi – di cui al presente articolo comporta il soccorso istruttorio. In tal caso al concorrente verrà assegnato un termine non superiore a 3 giorni, perché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie. L'inutile decorso del termine suddetto comporta l'esclusione del concorrente dalla procedura.

6. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

I dati raccolti necessari per le finalità legate all'espletamento della presente procedura e alla conseguente attività esecutiva verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, oltre che per l'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia e alla conseguente esecuzione della convenzione e saranno trattati, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito "Regolamento" o "GDPR") e di ogni normativa applicabile in riferimento al trattamento dei Dati Personali.
Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, integrità, e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Il trattamento sarà effettuato

sia con strumenti manuali e/o informatici e telematici con logiche di associazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

I dati non saranno in nessun caso oggetto di diffusione né di comunicazione all'esterno delle strutture dell'Ente, se non nei casi espressamente autorizzati dall'interessato o nei casi previsti dalla legge e necessari all'adempimento del servizio (ad esempio la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente", nonché nelle ulteriori ipotesi previste in materia di trasparenza ed anticorruzione).

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna, con sede legale in via Luigi Oggiano n. 25, Nuoro, Loc. "Su Nuraghe", nella persona del Legale rappresentante pro tempore. Il responsabile della protezione dei dati è la società QUALIFICA GROUP SRL nella persona del legale rappresentante dott. Enrico Ferrante, contattabile all'indirizzo e-mail: areusgdpr@qualificagroup.it.

Il Titolare del Trattamento adotterà tutte le necessarie misure di sicurezza al fine di ridurre al minimo i rischi di distruzione o di perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità indicate nel presente documento nel pieno rispetto dell'art. 32 del GDPR.

Il trattamento sarà svolto esclusivamente da soggetti a ciò debitamente autorizzati dal Titolare, in ossequio alle disposizioni della normativa applicabile.

I Dati saranno conservati per tutto il tempo necessario allo svolgimento della procedura di concorso e in ragione delle potenziali azioni legali esercitabili, ovvero, in caso di pendenza di una controversia, fino al passaggio in giudicato della relativa sentenza.

Successivamente, alla conclusione del procedimento amministrativo o giudiziario, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione prevista per la Pubblica Amministrazione.

Inoltre, si specifica che il Titolare potrebbe essere obbligato a conservare i Dati Personali per un periodo più lungo in ottemperanza ad un obbligo di legge o per ordine di un'Autorità.

Al termine del periodo di conservazione i Dati Personali saranno cancellati. Pertanto, allo spirare di tale termine i diritti dell'interessato (ad esempio diritto di accesso, cancellazione, rettifica, ecc.) non potranno più essere esercitati.

I dati raccolti saranno trattati, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii (Codice in materia di protezione dei dati personali), esclusivamente nell'ambito della presente procedura. Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003: I dati personali richiesti da questa Amministrazione per finalità inerenti la definizione del presente procedimento e la conseguente attività esecutiva verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, oltre che per l'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia. Il trattamento dei dati personali avverrà in maniera manuale ed informatica. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. I dati raccolti saranno utilizzati ed eventualmente comunicati ad altri soggetti pubblici o privati, ai fini strettamente necessari per lo svolgimento delle attività istituzionali e di quelle eventualmente connesse, oltre che per l'adempimento di ogni altro obbligo previsto da disposizioni normative o regolamentari. Titolare del trattamento è l'Amministrazione Azienda Emergenza Urgenza Sardegna – (A.R.E.U.S.), con sede in Via Oggiano 25 Nuoro. Responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del d. lgs.n.196/2003 il Responsabile del trattamento è il RUP. I partecipanti potranno, ai sensi dell'art.53 del d.lgs. n.50 del 18 aprile 2016, esercitare il diritto di accesso agli atti della presente procedura.

Nuoro lì,_____

Il Direttore Generale
Dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini

Documenti allegati al presente avviso:

- Allegato 1) – alla D.G.R. 36/45 del 31.08.2021 – Rimborsi relativi al servizio dei mezzi di soccorso esclusivi per l'emergenza, così come adeguati dell'incremento ISTAT 2024;
- Allegato 4) alla D.G.R. 36/45 del 31.08.2021 – Standard attrezzature e materiale di consumo delle ambulanze per il soccorso sanitario di primo soccorso o soccorso di base;
- Allegato 7) alla D.G.R. 36/45 del 31.08.2021 - Rimborso bombole di ossigeno;

Modulistica

- Modello A) – Istanza di partecipazione e dichiarazione dei requisiti;
- Modello B) – Dichiarazione mezzi di soccorso;
- Modello C) – Dichiarazione contenente l'elenco del personale afferente alla postazione per la quale si concorre.
- Modello D) – Dichiarazione attestante i requisiti di esperienza del personale nel ruolo di autista/soccorritore e soccorritore (Da compilare solo nel caso in cui tra il personale indicato nell'allegato C) vi siano operatori iscritti/dipendenti nell'ETS partecipante da meno 6 mesi, ma che abbiano comunque maturato tale esperienza in altro ETS).
- Modello E) – Modalità del Servizio in caso di aggregazione oraria.

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla deliberazione G.R. n. 36/45 del 31.08.2021

Allegato 2

RIMBORSI RELATIVI AL SERVIZIO DEI MEZZI DI SOCCORSO ESCLUSIVI PER L'EMERGENZA (Tabella A – Tabella B)

(adeguamento ISTAT ANNO 2024)

TABELLA A

TIPOLOGIE DI SERVIZIO	RIMBORSO ORARIO FORFETTARIO	RIMBORSO ANNUO FORFETTARIO
Servizio Attivo NON H24	15,89 €	
Servizio in Reperibilità (20% del Servizio Attivo)	3,19 €	
Servizio Attivo in H 24	20,46 €	€ 154.088,40
Servizio in Reperibilità H24 (30% Servizio Attivo)	6,14 €	
Servizio Attivo in H24 con Certificazione ISO 9001/2008	22,04 €	€ 166.002,00
Disponibilità oraria Servizio Attivo Extra Convenzione	15,89 €	
Disponibilità oraria Servizio Reperibilità Extra Convenzione	3,19 €	

TABELLA B

RIMBORSO KM AD INTERVENTO		
Da 0 a 15 Km	20,06 €	Quota di Chiamata Urbana Forfetaria
Da 16 a 25 Km	26,74 €	Quota di Chiamata Extraurbana Forfetaria
oltre i 25 Km	0,99 €	

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 4

STANDARD DI ATTREZZATURE E MATERIALE DI CONSUMO DELLE AMBULANZE PER IL SOCCORSO SANITARIO DI PRIMO SOCCORSO E SOCCORSO DI BASE

Gli standard sottoindicati sono da riferirsi sia ai mezzi messi a disposizione dalle aziende sanitarie che a quelli delle organizzazioni di volontariato che svolgano attività di soccorso sanitario extraospedatiero.

Ambulanze di Tipo A di primo soccorso o soccorso di base

Mezzo autorizzato al primo soccorso e trasferimento di infermi e infortunati che necessitano di semplici manovre assistenziali:

- barella autocaricante con cinture
- faro estraibile
- n. 1 estintore da 3 kg posizionato nell'abitacolo e N°1 estintore da 1 kg nel vano sanitario
- cassetta arnesi da scasso con cima
- aspiratore di secreti portatile con cannule rigide
- sondini di aspirazione (varie misure)
- 2 bombole di 02 da 1500 Litri cadauna (riduttore di pressione, manometro, attacchi a parete, con mascherine facciali e occhialini)
- barella portantina
- barella cucchiaio con cinture di sicurezza
- bombola portatile di O2 con riduttore di pressione e manometro
- contenitore aghi usati
- contenitore rifiuti speciali
- padella e pappagallo
- pallone di Ambu (adulto e pediatrico) con maschere di varie misure e reservoir
- cannule orofaringee (tutte le varie misure)
- telo ustionati
- telo termoisolante (metallina)
- telo di vinile
- telo antifiamma
- maschera per ossigeno terapia con reservoir

- coperte e lenzuola di ricambio
- guanti in lattice monouso sterili e non
- serie collari cervicali rigidi
- serie stecco-bende per immobilizzazione degli arti
- cassetta di medicazione (disinfettanti, soluzione fisiologica, garze, bende, guanti, teli sterili, ecc.)
- materassino a depressione *(opzionale)*
- barella spinale completa di fermacapo e cinghie di immobilizzazione tipo ragno
- estricatore a corsetto tipo "Ked"
- forbici tipo Robin
- termometro timpanico
- sfigmomanometro *digitale*
- fonendoscopio
- pulsossimetro
- DAE completo di placche adulti e pediatriche
- radio veicolare e portatile
- Navigatore satellitare con cartografia

STANDARD DI ATTREZZATURE DI PROTEZIONE

Protezione individuale

Tutti gli operatori del 118 sono tenuti a indossare durante le operazioni di soccorso i seguenti presidi di protezione individuale:

- giaccone pesante o giubbino, pantaloni pesanti, in regola con la normativa vigente, con chiara indicazione della qualifica dell'operatore e recante il logo 118 Regione Sardegna (come indicato in convenzione);
- scarpe da lavoro antinfortunistiche;
- pila tascabile.

A disposizione sul mezzo di soccorso:

- mascherine di protezione con visiera;
- guanti da lavoro in cuoio;
- casco di protezione da lavoro.

Allegato 7

RIMBORSO BOMBOLE DI OSSIGENO

TIPOLOGIA BOMBOLA	COSTO UNITARIO
OSSIGENO SLI* 200 BAR 5 LT	€ 6,60 + IVA al 4%
OSSIGENO *COMPR 200 BAR 7 LT VALV MC 1,54 COD. P2108BCCH AIC 039017278	€ 9,20 + IVA al 4€

AREUS
Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna

Modello A)

Spett.le A.R.E.U.S.
Via Oggiano, 25 – 08100 Nuoro
PEC : terzosettore118@pec.areus.sardegna.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONI IN ORDINE AL POSSESSO DEI REQUISITI
(artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO ALLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E COOPERATIVE SOCIALI PER L'AFFIDAMENTO DELLA POSTAZIONE INFERMIERISTICA PRESSO LA LOCALITA' CHIA – COMUNE DI DOMUS DE MARIA INDIVIDUATA NEL PIANO TERRITORIALE PER IL POTENZIAMENTO ESTIVO DEL SERVIZIO EMERGENZA – URGENZA 118 - ANNO 2024

Il/La sottoscritto/a _____nato a _____

Il _____, residente in _____Via_____n._____

Codice Fiscale_____ in qualità di _____

dell'Associazione di Volontariato/ Cooperativa Sociale denominata_____

C.F/ P.IVA_____con sede legale in

_____, in Via _____, con sede

operativa in_____ Via_____n._____C.A.P._____

PEC _____ email_____

TEL. _____

CHIEDE

Di partecipare alla procedura in oggetto come:

- ☐ Organizzazione di volontariato;
- ☐ Cooperativa Sociale

A tal fine ai sensi degli articoli 46, 47 e 77-bis del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo d.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

Di concorrere per la seguente postazione:

POSTAZIONE INDIA	OPERATIVITA'

a) Per le Associazioni di Volontariato:

a.1) (***compilare nel caso in cui trattasi di ETS di nuova iscrizione al RUNTS)***: che alla data di presentazione della domanda l'Organizzazione di volontariato è iscritta, da almeno 6 mesi, nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____

ovvero

a.2) (***compilare nel caso in cui trattasi di ETS iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da meno di 6 mesi)*** che alla data di presentazione della domanda l'Organizzazione di volontariato è iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____e che è stata iscritta precedentemente all'Albo Regionale del Volontariato previsto dall'art. 5 della L.R. n. 39/1993 ai sensi dell'art. 13, per un periodo di almeno 6 mesi, numero di registrazione _____ con decorrenza _____;

ovvero

a.3) (***compilare nel caso in cui trattasi di ETS non ancora iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, in quanto ancora sottoposto alla fase di verifica di cui all'art. 54, comma 2 del Codice del Terzo Settore)*** che alla data di presentazione della domanda l'Organizzazione di volontariato è iscritta all'Albo Regionale del Volontariato previsto dall'art. 5 della L.R. n. 39/1993 ai sensi dell'art. 13, per un periodo di almeno 6 mesi, numero di registrazione _____ con decorrenza _____ e che attualmente è sottoposto a procedimento di verifica di cui all'art. 54, comma 2 del Codice del Terzo Settore. *in tal caso dovrà essere prodotta la documentazione indicata al numero 11) del presente avviso);*

b) Per le Cooperative sociali

b. 1) che la Cooperativa Sociale è a mutualità prevalente di tipo _____ (indicare il tipo di attività "A" o "C";

b.2) (**compilare nel caso in cui trattasi di ETS iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno di 6 mesi*)***: che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno 6 mesi a far data dal _____ n. _____

ovvero

b.3) (**compilare nel caso in cui trattasi di ETS iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, da meno di meno di 6 mesi*)*** che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____ e che precedentemente risultava iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione_____ ;

b.4) **compilare nel caso in cui trattasi di ETS non ancora iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore,)** che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione_____ della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione_____ e che attualmente è che in attesa di iscrizione al RUNTS.

b.5) che la Cooperativa ha sede legale e operatività in Sardegna;

Inoltre dichiara:

c) di essere in regola con gli obblighi contributivi previdenziali in caso di presenza di personale dipendente;

d) che ogni singola ambulanza, sia quella di normale uso, sia quella di riserva è dotata dell'attrezzatura standard elencata nell'**Allegato 4 alla convenzione 118 approvata con D.G.R. 36/45 del 31.08.2021)** unito al presente avviso pubblico.

e) che nell'ambito della propria ☐organizzazione di volontariato ☐cooperativa sociale (***barrare solo la voce che interessa***) risulta un numero di unità di personale sufficiente a garantire la regolare gestione della postazione per la quale si concorre e che il medesimo personale ha piena conoscenza del territorio in cui insiste la postazione prescelta.

f) di aver preso esatta cognizione, e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nella presente procedura di selezione;

g) di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove deve essere eseguita la prestazione;

h) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale verrà esclusa dalla procedura di selezione per la quale è rilasciata o, se risultata affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto dall'Amministrazione appaltante ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

i) di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito "Regolamento" o "GDPR") e di ogni normativa applicabile in riferimento al trattamento dei Dati Personali, e secondo quanto disposto dall'art. 7 dell'avviso pubblico concernente la manifestazione di interesse in oggetto.

Data_____

Firma del Legale Rappresentante e timbro dell'Associazione di Volontariato /Cooperativa Sociale

_____

Allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

Associazione di Volontariato /Cooperativa Sociale _____

MEZZI DI SOCCORSO

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38,46 e47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
codice fiscale _____ in qualità di _____ell'Associazione di Volontariato _____
Cooperativa Sociale con sede legale in
Via _____ n. _____ CF/P.IVA _____ partecipante per la postazione _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che i mezzi di soccorso messi a disposizione per lo svolgimento del servizio nella postazione 118 di interesse, sono conformi a quanto previsto dall' art. 1,2, lett. a) dell'avviso pubblico e sono i seguenti:

N°	Tipo Automezzo MSB	Tipo Utilizzo (Normale Utilizzo o Riserva)	Targa	Marca	Modello	Kilometraggio (alla data di sottoscrizione dell'allegato)	Anno di immatricolazione	Data ultima revisione	Società Assicurazione	Data Scadenza Assicurazione	Titolo di possesso (Proprietà/ Leasing/ comodato d'uso/altro)
1											
2											
3											
4											
5											

a) che Il/i mezzo/i di soccorso sopra riportati possiedono caratteristiche non inferiori a quelle prescritte per i mezzi a targa civile dalla vigente normativa per le ambulanze di tipo A (D.M 17.12.1987, n°553)

b) che La dotazione quantitativa e qualitativa delle attrezzature suddette non è inferiore agli standard previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionale, allegato 4) alla convenzione regionale vigente.

c) che le ambulanze in convenzione vengono sottoposte alle verifiche di legge, compresa la revisione annuale

d) di impegnarsi a sostituire i mezzi sopra indicati in caso di avaria di qualunque tipo, con un mezzo di caratteristiche analoghe a quello offerto

e) che la disponibilità dei mezzi di soccorso sopra indicati, non risulta impegnata nelle stesse fasce orarie nell'ambito di convenzioni con AREUS o altri Enti e Strutture private

data

Firma del Legale Rappresentante

timbro dell'Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale

NOTA: LIMITI DI UTILIZZO funzionali alla sottoscrizione della convenzione così come disposto dal DGR n°36/45 del 31.08.2021

Tipo Automezzo	Tipo Utilizzo	LIMITE ANNI DI IMMATRICOLAZIONE
MSB (MEZZO DI SOCCORSO DI BASE)	NORMALE USO	<8
MSB (MEZZO DI SOCCORSO DI BASE)	RISERVA	<11

ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

AREUS

Modello C)

Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38,46 e47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

codice fiscale _____ in qualità di _____

Associazione di Volonariato/Cooperativa Sociale _____

Via _____ n. _____ CF/P.IVA _____

partecipante per la postazione

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

a) che il personale sotto indicato risulta dedicato all'espletamento del servizio di soccorso nella postazione per la quale si concorre

Cognome e Nome	Data di nascita	data iscrizione Associazione di Volontariato e Cooperativa Sociale	Rapporto di lavoro: dipendente/volontario/socio volontario	Mansione soccorritore/ autista - soccorritore	DATA CORSO BLSD	DATA CORSO PTC BASE	DATA CORSO PBLSD	DENOMINAZIONE DEGLI ULTERIORI CORSI FORMATIVI	DATA CORSO AGGIUNTIVO

b) Che l'Associazione di volontariato o Cooperativa Sociale si impegna a garantire la presenza del personale sopra elencato nei turni della postazione oggetto di interesse nel rispetto della normativa vigente in materia di lavoro a turni;

data

Firma del Legale Rappresentante
timbro dell'Organizzazione di volontariato e Cooperativa sociale

ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna

Modello D)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....

residente a ..... Via ..... n°.....

C.F..... in qualità di Presidente/Legale Rappresentante dell'Associazione di

Volontariato/Cooperativa Sociale.....

con sede legale in.....Via.....n.....

C.F. /P.IVA .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che il personale sotto indicato con ruolo di autista/soccorritore o soccorritore afferente all'Associazione di Volontariato / Cooperativa Sociale _____ possiede i requisiti di cui all'art. 4 comma 3 e 4 della convenzione in essere e che ha maturato un'esperienza di almeno sei mesi nell'attività di soccorso presso la propria Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale o altri Enti del Terzo Settore di seguito elencati.

N	Nome Cognome	Data di nascita	Ruolo (autista/soccorritore o soccorritore)	Associazione/Cooperativa presso la quale l'operatore ha maturato un'esperienza di attività di soccorso
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____

				ETS: Periodo dal _____al _____
				ETS: Periodo dal _____al _____

(luogo, data) ……

Firma del Legale Rappresentante
e timbro dell'Organizzazione/Cooperativa

Allegare documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna

Modello E)

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO NELL'AMBITO DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE DI BASE, DELLA POSTAZIONE _____ (indicare la selettiva radio) - POTEZIAMENTO ESTIVO 2024

Modalità di Servizio

L' Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale _____				
Selettiva Radio				
su indicazione della Centrale Operativa di competenza si impegna a garantire il Servizio 118 come di seguito specificato :				
Ambito territoriale di competenza _____	Base operativa di partenza _____		Aggregazione H24 con _____	
IMPEGNO SETTIMANALE	SERVIZIO ATTIVO PRONTA DISPONIBILITA' PRESSO LA SEDE OPERATIVA DI _____			
Lunedì	dalle ore		alle ore	
Martedì	dalle ore		alle ore	
Mercoledì	dalle ore		alle ore	
Giovedì	dalle ore		alle ore	
Venerdì	dalle ore		alle ore	
Sabato	dalle ore		alle ore	
Domenica	dalle ore		alle ore	

Firma del Legale Rappresentante

data _____

N.B: DA COMPILARE SOLO IN CASO DI AGGREGAZIONE DISPONIBILITA' ORARIA DA CIASCUN ENTE DEL TERZO SETTORE COSTITUENTE L'AGGREGAZIONE