

Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 8

P.zza Ottavio Ziino, 24

90145 PALERMO

PEC: dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

Sito internet:

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipPianificazioneStrategica

* * * * *

RICHIESTA ISCRIZIONE

ALL'ALBO DEGLI ENTI LEGITTIMATI A SVOLGERE IL SERVIZIO DI TRASPORTO DEGLI EMO-DIALIZZATI, ISTITUITO PRESSO L'ASSESSORATO DELLA SALUTE DELLA REGIONE SICILIANA EX D. A. N. 1993/2011 DEL 13/10/2011, PUBBLICATO IN GURS N.49 DEL 25/11/2011 E SUCC. MOD. E INTEGR. DI CUI AL D.A. N. 34/2019 DEL 16/01/2019

Il/La sottoscritto/a _____, cittadino Italiano, nato/a _____, Prov. _____, il _____ e residente a _____, Prov. _____, via _____ n. _____, in qualità di Presidente (o legale rappresentante) della _____

P. IVA e/o Codice Fiscale _____ che ha sede legale a _____, cap _____ Prov. _____, via _____ n. _____ tel. _____, fax. _____ e-mail _____, PEC _____

Trattasi di Associazione di Volontariato, ai sensi della Legge 11/08/91 n. 266 e pertanto

DICHIARA

ai sensi Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, 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 28/12/2000, che la suddetta organizzazione ha la seguente natura giuridica di Associazione di Volontariato ai sensi della Legge 11/08/91 n. 266 e che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati alla domanda di iscrizione all'Albo dell'Assessorato della Salute per il trasporto di dializzati, sono copia conforme all'originale in possesso dell'Associazione (***allegare documento di riconoscimento di chi sottoscrive la dichiarazione***)

Che l'Associazione rappresentata dal sottoscritto è:

- 1- In possesso dei requisiti di cui alla legge quadro sul volontariato n. 266 del 11.08.1991 e L.R. 22/94 :
- 2.- Iscritta all'Albo Regionale delle Associazioni di Volontariato istituito presso l'Assessorato Regionale (Siciliano) della Famiglia delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali, con Decreto n. _____ del _____, alla lettera _____;

Trattasi di Cooperativa Sociale, ai sensi della Legge 08/11/91 n. 381 e pertanto

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, 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 28/12/2000, che la suddetta organizzazione ha natura giuridica di Cooperativa Sociale ai sensi della Legge 08/11/91 n° 381, e che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati alla domanda di iscrizione all'Albo dell'Assessorato alla Salute per il trasporto dializzati, sono copia conforme all'originale in possesso della Cooperativa Sociale (*allegare documento di riconoscimento di chi sottoscrive la dichiarazione*)

Che la Cooperativa rappresentata dal sottoscritto è:

- 1- In possesso dei requisiti di cui alla legge quadro sulla Cooperazione Sociale ai sensi della Legge 08/11/91 n. 381;
- 2.- Iscritta all'Albo Nazionale delle Cooperative Sociali al n. _____ del _____
- 3.- Iscritta presso la C.C.I.A.A. di _____ al n. di REA _____ del _____
- 4.- Un'Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (O.N.L.U.S.) di diritto, ai sensi dell'articolo 10, comma 8, del decreto legislativo 460/97 e successive modifiche ed integrazioni.

Trattasi di O.N.L.U.S. ai sensi del D.lgs 04/12/97 n. 460 Art. 10 e pertanto

DICHIARA

ai sensi art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, 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 28/12/2000 che la suddetta organizzazione ha la seguente natura giuridica di O.N.L.U.S. ai sensi del D. Lgs. 04/12/97 n. 460 art. 10 e che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati alla domanda di iscrizione all'Albo dell'Assessorato della Salute per il trasporto di dializzati, sono copia conforme all'originale in possesso dell'Associazione (*allegare documento di*

riconoscimento di chi sottoscrive la dichiarazione);

Che l'organizzazione rappresentata dal sottoscritto è:

1 - In possesso dei requisiti di cui al D. Lgs. 04/12/97 n. 460 art. 10:

2- Iscritta nell'apposito Albo delle ONLUS al n. _____ del _____ tenuto presso l'Agenzia delle Entrate di _____ ;

Ed inoltre, DICHIARA che l'Associazione/Cooperativa/ONLUS rappresentata:

- E' in possesso dell'Autorizzazione Sanitaria al Trasporto Infermi e/o infortunati rilasciata dalla competente ASP di _____ in data _____ Prot. _____;
- Che il legale rappresentante dell'organizzazione, ed ognuno dei titolari di cariche sociali all'interno dell'organizzazione non versa nelle condizioni previste dal comma 1 dell'art. 15 della legge 19 marzo 1990, n. 55 e successive modifiche ed integrazioni, nessuno di essi è sottoposto a misure di prevenzione, nessuno di essi è a conoscenza dell'esistenza a proprio carico di provvedimenti in corso per l'applicazione delle misure di prevenzione, né di alcuna delle cause ostative all'iscrizione negli albi degli appaltatori pubblici fornitori o nell'albo dei costruttori, né alcuno di essi ha mai ed in alcun tempo riportato condanne penali né carichi pendenti;
- Che **ha / non ha** già svolto, in convenzione con l'ASP di _____, il servizio di trasporto emodializzati nell'ambito della provincia di _____ per gli anni _____, _____, _____, _____, _____:

CHIEDE

Per la propria rappresentata l'iscrizione all' "**Albo degli Enti legittimati a svolgere il Servizio di Trasporto degli Emodializzati**" istituito presso l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ex D.A. n. 1193/2011 del 13/10/2011, pubblicato in GURS n. 49 del 25/11/2011, e succ. mod. e integr. di cui al D.A. n. 34/2019 del 16/01/2019, affinché possa accedere al convenzionamento per lo svolgimento di detto servizio, nell'ambito della provincia ove la stessa ha sede legale.

Trattandosi di Associazione di Volontariato, ai sensi della Legge 11/08/91 n. 266, a corredo della presente richiesta, produce i seguenti documenti:

1) copia dell'atto costitutivo;

- 2) copia dello statuto vigente;
- 3) copia dell'autorizzazione sanitaria, con la dichiarazione in calce che “la presente fotocopia è copia conforme all'originale in possesso dell'associazione”;
- 4) elenco ambulanze ed altri automezzi in possesso;
- 5) elenco volontari in possesso di attestazione di primo soccorso;
- 6) dichiarazione sostitutiva di certificazione - ANTIMAFIA (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 89 D.Lgs. n. 159/2011).

Trattandosi di Cooperativa Sociale, ai sensi della Legge 08/11/91 n. 381, a corredo della presente richiesta, produce i seguenti documenti:

- 1) certificazione rilasciata dalla C.C.I.A.A. di _____ n. REA _____, contenente lo statuto vigente, attestante l'avvenuta iscrizione all'albo nazionale delle cooperative sociali n. _____ del _____ con non fallenza ed antimafia;
- 2) copia dell'autorizzazione sanitaria;
- 3) elenco ambulanze ed altri autoveicoli in possesso;
- 4) elenco volontari in possesso di attestazione di primo soccorso;
- 5) dichiarazione sostitutiva di certificazione - ANTIMAFIA (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 89 D.Lgs. n. 159/2011).

Trattandosi di O.N.L.U.S., ai sensi del D.lgs 04/12/97 n. 460 Art. 10, a corredo della presente richiesta, produce i seguenti documenti:

- 1) copia dell'atto costitutivo;
- 2) copia dello statuto vigente;
- 3) copia dell'autorizzazione sanitaria;
- 4) elenco ambulanze ed altri automezzi in possesso;
- 5) elenco Volontari in possesso di attestazione di primo soccorso;
- 6) dichiarazione sostitutiva di certificazione - ANTIMAFIA (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 89 D.Lgs. n. 159/2011).

Distinti saluti.

Data _____

Il Presidente
(o il Legale rappresentante)

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