

Allegato A

Spett.le

**Comune di Cavaria con Premezzo
P.zza Sandro Pertini, 75**

21044 Cavaria con Premezzo (VA)

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI OPERATORI DA INVITARE A SUCCESSIVA
PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI
AMBULATORIO INFERMIERISTICO
MESSO A DISPOSIZIONE DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE**

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

con codice fiscale n. _____

in qualità di _____

della (società/associazione/etc.) _____

con sede in _____

domicilio fiscale _____

con codice fiscale _____

con partita IVA _____

telefono n. _____ fax n. _____

e-mail _____

INOLTRA

la candidatura di cui all'avviso in oggetto della (società/associazione/etc.) _____

quale soggetto legittimato a manifestare interesse finalizzato all'individuazione di operatori da invitare a successiva procedura per l'utilizzo di ambulatorio infermieristico messo a disposizione dall'Amministrazione Comunale.

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché di quanto previsto dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 dichiara:

1. di possedere tutti i requisiti morali e professionali richiesti dalla normativa vigente per l'espletamento di prestazioni infermieristiche;
2. di non essere stato coinvolto in procedimenti fallimentari;
3. di non essere inadempiente nei confronti dell'Ente, nel pagamento di qualsiasi entrata comunale (tasse, imposte, entrate patrimoniali etc), e di non avere pendenze in corso con l'Ente;
4. di essere in possesso dei requisiti per effettuare prestazioni infermieristiche sia in ambulatorio che domiciliari;
5. di aver intrapreso collaborazioni per più di 90 giorni continuativi con il Comune di Cavaria con Premezzo in ambito socio sanitario;
6. di essere accreditato presso il distretto socio sanitario di Varese – ASST Sette laghi per ADI e ADI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI;
7. di disporre di infermieri pediatrici nel proprio organico;
8. di possedere l'attrezzatura per effettuare tamponi antigenici ("rapidi") e molecolari anti-Covid19 nello studio infermieristico comunale e al domicilio;
9. di poter svolgere il servizio di ECG, holter pressorio e prelievo del sangue al domicilio;
10. di disporre di un medico sportivo e/o cardiologo;
11. di avviare uno sportello informativo gratuito presso l'ambulatorio comunale al fine di coadiuvare e supportare l'utenza nell'espletare pratiche burocratiche di carattere sanitario;
12. di accettare le condizioni del presente avviso senza condizioni;
13. in caso di società, cooperative sociali, società cooperative e consorzi di cooperative i requisiti devono essere posseduti dal Legale Rappresentante o da altra persona delegata all'attività.

Cavaria con Premezzo, li _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

*Denominazione soggetto
Nome e Cognome del Legale Rappresentante*

Allegati: copia documento di identità in corso di validità