

Allegato 1 - Modulo di candidatura per Attività di trasporto infermi tramite ambulanza a favore dei pazienti dell'Ospedale di Montecatone

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, ai sensi del DPR. n. 445 del 28/12/2000 e. s.m.i. (Allegare documento di identità del sottoscrittore in corso di validità)

Il/la sottoscritto/a, informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018 e precedentemente ammonito/a circa la responsabilità penale di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. **in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,**

DICHIARA

che quanto sotto dichiarato corrisponde a verità.

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico
Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.
Via Montecatone n. 37
40026 Imola (BO)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente/domiciliato a _____
in via _____ n. _____
LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ORGANIZZAZIONE _____

ISCRIZIONE AL REGISTRO NAZ. / REGIONALE _____

indirizzo

riferimenti telefonici

e-mail

presa visione del documento allegato all'Avviso ed integralmente accettati i conseguenti impegni ed adempimenti

Chiede

di poter sottoscrivere con la Montecatone R.I. S.p.A. una convenzione per attività di trasporto infermi tramite ambulanza, accettando integralmente fin da ora tutte le condizioni riportate nell'Avviso prot. n. 2572 del 15/12/2022 e relativo allegato;
a tal fine

Dichiara

- di essere iscritto da almeno 6 mesi nel Registro unico nazionale del Terzo Settore oppure nei vigenti Registri regionali;
- il possesso dei requisiti di moralità professionale;
- in riferimento ai punti c), d) ed e) del paragrafo Destinatari dell'Avviso, n. ... di aderenti e n. _____ anni di esperienza nell'organizzazione del servizio richiesto (cfr. relazione allegata – max 1 pagina);

- la disponibilità ad offrire collaborazione al Servizio di "Trasporto infermi tramite ambulanza" indirizzato all'utenza di Montecatone, attraverso l'operato di:

- n. ___ operatori/volontari già operanti in passato presso l'Ospedale di Montecatone;
- n. ___ operatori/volontari mai operanti in precedenza presso l'Ospedale di Montecatone ma in possesso dei requisiti per lo svolgimento del servizio richiesto

(cfr. elenco allegato 1)

- di obbligarsi a coordinare l'operato dei propri operatori/volontari conformemente al documento allegato all'Avviso ed in particolare alle indicazioni operative sul trattamento dei dati personali;
- che la richiesta di trasporto dovrà avvenire a cura dell'Ospedale con un preavviso di ore;

Dichiara inoltre

- di ben conoscere il Codice Etico e Comportamentale, il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo di Montecatone R.I. redatto ai sensi del D. Lgs. 231/01 così come il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e tutti gli atti successivi adottati da MONTECATONE R.I. ai sensi della Legge n. 190/2012, consultabili sul sito web www.montecatone.com e si impegna - anche per i propri Associati, Dipendenti e Collaboratori - a rispettarne i principi e ad adottare comportamenti conformi alle previsioni ivi contenute;

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO _____

allegato 1 – ESPERIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE NELL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO INFERMI CON AMBULANZA

allegato 2 - ELENCO OPERATORI/VOLONTARI DELL'ORGANIZZAZIONE DISPONIBILI PER ATTIVITA' DI TRASPORTO INFERMI CON AMBULANZA

allegato 3 - DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE IN CORSO DI VALIDITÀ

