

ALLEGATO B1

Spett.le
Azienda USL di Bologna
Via Castiglione, 29
40124 Bologna

Alla c.a.
Dipartimento Attività
Amministrative Territoriali
e Ospedaliere
dipat@pec.ausl.bologna.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per l'acquisizione di manifestazione di interesse da parte di Organizzazioni di Volontariato (ODV), Associazioni di Promozione Sociale (APS) o loro Associazione Temporanea Di Scopo (ATS) operanti sul territorio dell'AUSL di Bologna, finalizzata alla stipula di una Convenzione ai sensi dell'art. 56 del D. Lgs. n. 117/2017, per lo svolgimento di attività di volontariato rivolte all'accoglienza, all'accompagnamento e all'orientamento degli utenti in collaborazione con i servizi posti all'interno delle strutture territoriali ed ospedaliere dell'Azienda USL di Bologna.

Il/La Sottoscritto/a _____,
c.f. _____, nato/a a _____,
il _____, residente a _____,
in Via/Piazza _____ (all. 1), in
qualità di Rappresentante Legale di (*indicare la denominazione dell'ETS per esteso*)

(d'ora in avanti – per brevità – anche solo “Associazione”) iscritta al RUNTS in data _____
al n. _____ (all. 2), c.f./p.iva _____,

Ente Capofila dell'Associazione Temporanea di Scopo (ATS) costituita con l'ODV/APS _____ (*indicare la denominazione dell'ETS per esteso*) iscritta al RUNTS in data _____ al
n. _____ (all. 2 bis), c.f./p.iva _____,* come da scrittura privata autenticata in atti;

***(ripetere per ogni ODV/APS aderente all'ATS)**

con sede legale in (*indicare indirizzo per esteso*) _____,

operante nel territorio di riferimento dell'Azienda USL di Bologna (*barrare solo se la sede legale dell'Associazione è esterna al territorio di riferimento dell'Azienda USL di Bologna*),

tel _____, mail _____, PEC
_____;

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico in oggetto consultabile nella Sez. Amministrazione Trasparente e a tal fine

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di attività di volontariato rivolte a:

- 1) Accoglienza, supporto e orientamento agli utenti, anche in condizioni di disagio o con necessità di sostegno, per accesso alle strutture, ai percorsi di cura, alle prestazioni;
- 2) Sensibilizzazione e informazione sulle attività e i strumenti aziendali;
- 3) Accompagnamento dell'utenza in condizioni di fragilità a visite mediche o ad attività di riabilitazione e comunque alle prestazioni sanitarie prenotate nell'ambito dei percorsi di cura,

in collaborazione con i servizi posti all'interno dell'Azienda Usl di Bologna di cui all'Allegato A.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità *ex DPR 445/2000 e ss.mm.ii.* e consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali di cui agli artt. 75 e 76 previste dal medesimo DPR,

DICHIARA

- a) che l'Atto Costitutivo dell'ATS è stato adottato con scrittura privata autenticata in data _____ (**all. 3**);
- b) che alla data di presentazione della presente domanda di partecipazione tutte le Associazioni aderenti all'ATS posseggono i requisiti previsti dall'Avviso in oggetto;
- c) che le Associazioni componenti l'ATS sono già operative nel territorio di riferimento dell'Azienda USL di Bologna (*compilare solo se è stata indicata la sede legale esterna al territorio di riferimento dell'Azienda USL di Bologna*) presso (*specificare*) _____;
- d) che non sussistono a carico delle ODV/APS aderenti all'ATS procedure di cancellazione in corso dal RUNTS;
- e) che ogni Associazione aderente all'ATS ha un proprio Statuto, approvati in data _____ (**all. 4**);
- f) che le attività di interesse generale svolte dalle Associazioni componenti l'ATS *ex art. 5 D.Lgs.*

117/2017 sono _____

- g)** che le finalità e attività svolte dalle Associazioni componenti l'ATS sono compatibili con quelle di cui al presente Avviso;
- h)** che ogni Associazione aderente all'ATS è in possesso di polizza assicurativa in corso di validità *ex art. 18 D.lgs. 117/17 ed art. 2 dell'Avviso Pubblico in oggetto (all. 5);*
- i)** di aver preso visione, conoscere ed accettare senza riserva alcuna tutte le condizioni contenute nell'Avviso in oggetto, nei relativi allegati, nel Regolamento aziendale di cui alla Delibera n. 214/2023 e nello Schema di Convenzione di cui alla Delibera n. 362/2023;
- j)** di impegnarsi a comunicare all'Azienda qualsiasi modifica relativa all'ATS ed ai suoi componenti;
- k)** di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso la sede legale dell'Associazione Capofila e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo indicato nella presente domanda;
- l)** di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento relativo al presente Avviso;
- m)** che non sussistono cause di qualsivoglia natura, anche a carico dei volontari delle singole Associazioni aderenti all'ATS, da cui possa derivare l'esclusione dall'Avviso Pubblico in oggetto come da dichiarazione sostitutiva allegata (**all. 6, vedi “allegato C dell'Avviso” per ogni singolo aderente;**)
- n)** di esprimere la propria disponibilità ed interesse a prestare l'attività presso le strutture dell'Azienda USL di Bologna in modo integrato e non sostitutivo del personale sanitario e amministrativo e nel rispetto delle attività istituzionali dell'Azienda;
- o)** di accettare che le attività oggetto dell'Avviso siano declinate sulla base di progetti da sviluppare con le singole Articolazioni aziendali secondo lo schema predisposto;
- p)** che l'Ente Capofila è in possesso dell'ID PEPPOL necessario per l'emissione/ricezione degli ordini in modalità elettronica come stabilito dalla DGR 287/2015.

Si allega in copia:

- 1) Documento di riconoscimento in corso di validità del Legale Rappresentante *p.t.* dell'Ente Capofila;
- 2) Estratto del RUNTS da cui si evince l'iscrizione dell'Ente Capofila;
- 2 bis) Estratto del RUNTS da cui si evince l'iscrizione di ogni singola Associazione aderente all'ATS;

- 3) Atto costitutivo dell'ATS;
- 4) Statuto di tutte le Associazioni componenti l'ATS (con evidenza della/e attività compatibile/i con quelle di cui all'Avviso Pubblico in oggetto;
- 5) Polizza assicurativa in corso di validità di tutte le Associazioni componenti l'ATS;
- 6) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio e di certificazione *ex artt. 46 e 47 DPR 445/2000.*

Luogo e data

Il Legale Rappresentante *p.t.* dell'ODV/APS

nella qualità di Ente Capofila dell'ATS