

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 NOTORIETA’, 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 REGISTRO UNICO NAZ. TERZO SETTORE _____

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. 2294 del 25/11/2024 e relativo allegato;
a tal fine

dichiara

[compilare le parti evidenziate in giallo]

- di essere iscritto da almeno 6 mesi nel Registro unico nazionale del Terzo Settore;
- il possesso dei requisiti di moralità professionale;
- in riferimento ai punti c), d) ed e) del paragrafo Destinatari dell’Avviso, di avere n. 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

