

MODELLO DI DOMANDA

All'Azienda USL Umbria 1

Direzione Generale

PEC: aslumbria1@postacert.umbria.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per la sottoscrizione dell'accordo contrattuale per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anno 2026. (DGR N. 299/2026 e DD N. 4633/2026).

Il/La _____ sottoscritto/a

Nato/a a _____ () il // _____

C.F. _____ in qualità di Legale Rappresentante della Società/Struttura _____

Ragione _____ sociale

Partita IVA / C.F. Struttura

Con sede legale in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ () CAP _____

Sito Web / Telefono _____ Indirizzo PEC

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1. Titolarità del Contratto Pregresso:** che la struttura rappresentata era regolarmente contrattualizzata con l'Azienda USL Umbria 1 alla data del **31 marzo 2026** per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale come risultanti dall'allegato A1) ed alla medesima riferite ;
- 2. Requisiti di Accredimento:** che la struttura è in possesso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale in corso di validità per le branche specialistiche oggetto della presente istanza;
- 3. Capacità e Volontà:** la formale volontà e la piena capacità strutturale, tecnica e organizzativa a garantire i volumi di prestazioni e le tipologie di attività rientranti nel fabbisogno pregresso già contrattualizzato;

4. **Rispetto dei Tetti di Spesa:** di accettare il vincolo dei tetti massimi di spesa per l'anno 2026 che verranno assegnati dall'Azienda USL Umbria 1 in attuazione della DGR n. 299/2026 e della DD n. 4633/2026 così come riportati nell'allegato A1) all'Avviso di Manifestazione di interesse;
5. **Requisiti Generali:** l'assenza di cause di esclusione o di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi della normativa vigente;
6. **Polizza Assicurativa:** di essere in possesso di idonea e valida polizza assicurativa a copertura dei rischi professionali e della responsabilità civile verso terzi e prestatori di lavoro, conforme alla Legge n. 24/2017.

CHIEDE

di partecipare alla procedura ricognitiva in oggetto e di essere inserito tra i soggetti privati accreditati idonei al rinnovo dell'accordo contrattuale per l'anno 2026 per le branche specialistiche già contrattualizzate e per un corrispondente budget pari alla spesa consuntivata anno 2024 così come dettagliatamente specificato nell'allegato A1) all'Avviso di Manifestazione di interesse e riferito alla Struttura _____

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. Copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (non necessaria se la domanda è firmata digitalmente).
2. Copia dell'atto di accreditamento istituzionale regionale in corso di validità.

Luogo e Data, // _____

Il Legale Rappresentante