

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER LA MESSA A DISPOSIZIONE DI SPAZI
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA
IN REGIME AMBULATORIALE**

**All' Azienda ASL NO
SS Coordinamento amministrativo ospedaliero e
libera professione
Viale Zoppis, 10
28021 BORGOMANERO
PEC: protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ via _____

in qualità di Legale Rappresentante della Struttura di seguito indicata:

Denominazione _____

Sede Legale _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

tel. _____ indirizzo e-mail posta certificata (Pec) _____

PRESA VISIONE

dell'avviso pubblico per manifestazione di interesse approvato dall'Azienda ASL NO con deliberazioni n. 645 del 7.11.2024 e la n. 799 del 23.12.2024 e della successiva riapertura dei termini approvata con deliberazione n. 143 del 10.02.2026

MANIFESTA

la propria disponibilità alla stipula di convenzione per la messa a disposizione, fino al 31.12.2026, di spazi ambulatoriali attrezzati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale del personale medico dell'Azienda ASL NO alle condizioni normativo-economiche previste dall'avviso sopra richiamato e secondo la proposta tecnica allegata alla presente istanza.

A TAL FINE DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

1. che la Struttura è in possesso di autorizzazione sanitaria n. _____ rilasciata in data _____ dal _____ Comune _____ di _____
2. che la Struttura _____ non è accreditata, neppure parzialmente, con il Servizio Sanitario Nazionale e che non è convenzionata con lo stesso per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime istituzionale;
3. che la Struttura _____ è in possesso dei requisiti per contrattare con la Pubblica Amministrazione e non si trova in altra situazione considerata dalla legge pregiudizievole o limitativa della capacità contrattuale.
4. che la Struttura è iscritta alla CCIAA di _____ n° REA _____;
5. che la Struttura _____ si impegna ad assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010, n. 136, come modificata dalla Legge 17 dicembre 2010 n. 217.

ALLEGA

1. **Proposta tecnica contenente le informazioni richieste all'art. 9 dell'avviso pubblico per manifestazione di interesse;**
2. **planimetrie generali e particolari dei locali messi a disposizione;**
3. **copia dell'autorizzazione sanitaria.**

Letto, confermato e sottoscritto.

Data _____

IL DICHIARANTE

Firma digitale