

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**per la partecipazione all'eventuale acquisizione da parte di ASLI di prestazioni sanitarie e rilascio delle certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica e non agonistica - Medicina dello sport (L.R. n. 46/1984 e s.m.i.), e visite mediche per volontari di Protezione civile e antiincendio (ex L.R. n1/2006 art.18)**

**Avviso approvato con deliberazione ASL1 n. 1021 del 01/12/2017**

Oggetto: **"Domanda partecipativa alla indagine per l'affidamento di prestazioni di MEDICINA DELLO SPORT"**

Spett.le  
ASL1 IMPERIESE  
[protocollo@pec.asl1.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl1.liguria.it)

(in alternativa alla PEC, è consentita la consegna all'Ufficio Protocollo presso della Sede Legale dell'ASL1 – Via Aurelia n. 97 Sanremo – Fraz. Bussana, secondo gli orari di apertura al pubblico dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 ed il venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.00 – In Sanremo, Fraz. Bussana, Via Aurelia 97 –, **entro le ore 12 del giorno di scadenza del presente Avviso**)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Nella qualità di \_\_\_\_\_

Della (*denominazione Azienda*) \_\_\_\_\_

Con sede in (*indicare anche il CAP*) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail ufficiale o di sicura pronta risposta \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail PEC \_\_\_\_\_

## DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO

a prestare in regime di accordo contrattuale ex artt. 8-quater e seguenti D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., per il caso di necessità dell'ASL , prestazioni sanitarie volte al rilascio delle certificazioni di idoneità all'attività sportiva agonistica - Medicina dello sport - ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla L.R. Regione Liguria n. 46 del 6.9.1984 e s.m.i., e visite mediche per volontari di Protezione civile e antiincendio (ex L.R. n1/2006 art.18)

### A TAL FINE DICHIARA

Di rientrare tra i soggetti di cui alla lett. A) dell'avviso in oggetto, ovvero di essere in possesso dell'accreditamento istituzionale per prestazioni di tipo ambulatoriale (Poliambulatori ed assimilati) presso i quali operino specialisti nella branca della Medicina dello sport (Lett. b L.R. 46/1984).

Si riportano di seguito gli estremi del provvedimento della Regione Liguria di accreditamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In alternativa al requisito di cui alla lett. A)** sopra richiamato, e consapevole del fatto che conseguentemente la domanda verrà valutata **nel solo caso in cui non pervengano istanze da parte di strutture accreditate, dichiara**

Di rientrare tra i soggetti di cui alla lett. B) dell'avviso in oggetto, ovvero essere singolo specialista in medicina dello sport autorizzato a svolgere l'attività certificatoria in quanto operante in locali adeguati anche ai fini degli accertamenti e del rilascio delle certificazioni, autorizzati con provvedimento regionale, ai sensi della L. 46/1984 (Lett. c art. 3-bis L.R. 46/1984) e di non incorrere in alcuna situazione di incompatibilità ai sensi della vigente normativa, non avendo rapporti convenzionali in essere con ASL1 e/o non ricadendo in alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla disciplina generale in materia di incarichi da parte della P.A..

(apporre una croce in corrispondenza del riquadro correlato alla voce di interesse)

### IN OGNI CASO

Dichiara di accettare preventivamente tutte le condizioni di cui all'Avviso sopra richiamato, e di essere consapevole che in caso di non possesso, alla data della domanda, dell'accreditamento o dell'autorizzazione ai locali, detto requisito dovrà essere conseguito entro il 31.12.2017.

Luogo e data

Timbro Ditta e Firma del Legale Rappresentante  
di altra persona avente il potere di impegnare la Ditta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. In caso di più soggetti componenti l'eventuale Associazione Professionale, ovvero altro soggetto giuridico idoneo alla partecipazione, la domanda dovrà essere sottoscritta dal Legale Rappresentante.**

**N.B.:** La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.