

## ALLEGATO 4

### SCHEMA PROGETTO DESCRITTIVO DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO E DI TRASPORTO DIALISI IN FORMA CONTINUATIVA

\*(da redigere e sottoscrivere congiuntamente nel caso di aggregazione di più Associazioni)

\*\* (da redigere per ogni postazione per cui si richiede la partecipazione)

\*\*\* (da redigere su carta intestata dell'Associazione)

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... via .....  
in qualità di .....  
dell'Associazione .....

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/200, ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità,

**ai fini della partecipazione all'avviso di selezione per l'affidamento del CONT.....  
(codice identificativo dell'Area di Operatività come indicato nell'ALLEGATO 1)**

#### DICHIARA

**a) risorse di volontariato**

|   |  |
|---|--|
| numero dei volontari totali dell'Associazione alla data di presentazione del Progetto. Unitamente al numero dei volontari dovrà essere presentato un elenco nominativo relativo ai volontari conteggiati nei numeri di cui sopra in formato cartaceo ed elettronico in formato excel contenete nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita |  |
|---|--|

**b) risorse di volontariato formate**

|   |  |
|---|--|
| numero dei volontari formati al trasporto sanitario o con formazione superiore dell'Associazione alla data di presentazione del Progetto. Unitamente al numero dei volontari dovrà essere presentato un elenco nominativo relativo ai volontari conteggiati nei numeri di cui sopra in formato cartaceo ed elettronico in formato excel contenete nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, formazione posseduta. |  |
|---|--|

**c - risorse materiali, di evidente utilità, dell'Associazione**

|   |       |
|---|-------|
| Autorimessa, risultante dalla documentazione per l'autorizzazione sanitaria   | SI/NO |
| Locali dedicati all'aggregazione per il proprio personale ad esclusione di quelli destinati ad ospitare il personale in servizio attivo | SI/NO |
| Aule di formazione dedicate   | SI/NO |
| Ufficio dedicato alle attività amministrative con accessibilità regolamentata ai fini del rispetto della normativa sulla privacy        | SI/NO |
| Spazio dedicato allo stoccaggio del materiale di consumo  | SI/NO |

**d - risorse materiali: automezzi**

|  |  |
|--|--|
| Numero automezzi disponibile immatricolate in classe B, A e A1, nei cinque anni precedenti la data di presentazione del progetto, con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti (2017-2021) | indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo |
|--|--|

**e - risorse materiali: automezzi disponibili per la convenzione**

|   |  |
|---|--|
| Numero automezzi disponibile immatricolate in classe A e A1 (escluse quelle destinate ad altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza), con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti | indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo |
|---|--|

**f - esperienza maturata: servizi totali**

|  |  |
|--|--|
| Numero servizi complessivi per trasporti sanitari nei 10 anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione (2012 – 2021) |  |
|--|--|

**g - esperienza maturata: servizi in convenzione**

|   |  |
|---|--|
| Numero servizi complessivi per trasporti sanitari interospedalieri programmati e dialisi nei 10 anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione (2012 – 2021) |  |
|---|--|

**h -esperienza maturata: anni di fondazione**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Anno di fondazione |  |
|--------------------|--|

Di accettare tutte le clausole, norme e condizioni contenute nell'avviso di selezione per l'affidamento l'Area di Operatività .....

Di impegnarsi ad accettare l'assegnazione della convenzione per l'Area di Operatività n.....

Data .....

Firma leggibile del  
dichiarante (\*)

\* Allegare copia del documento di identità in corso di validità ai sensi del D.P.R. 445/2000.

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

“Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio, 12 12100 Cuneo indirizzo mail: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)