

ALLEGATO 5

**SCHEMA PROGETTO DESCRITTIVO DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO
SANITARIO IN FORMA ESTEMPORANEA**

**(da redigere per ogni area d'interesse 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 per l'affidamento del servizio n. (codice
identificativo del servizio come indicato nell'ALLEGATO 2)**

DICHIARA

Luogo di stazionamento del mezzo (comune e indirizzo)

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: automezzi

Numero autoambulanze, automediche o motomediche disponibile immatricolate in classe A e A1 (anche in uso in altre convenzioni continuative di emergenza e urgenza), con le dotazioni previste dalle disposizioni regionali vigenti, con chilometraggio non oltre i 250.000 km o 350.000 km, rispettivamente, se alimentata a benzina o diesel, e immatricolata negli ultimi 15 anni antecedenti la data di presentazione del progetto	indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo
---	--

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

Di accettare tutte le clausole, norme e condizioni contenute nell'avviso di selezione per l'affidamento del servizio n.....

Di impegnarsi ad accettare l'assegnazione della convenzione per il servizio 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'A.S.L 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

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)