All’ARES 118

PEC: [coordinamentoamministrativo@pec.ares118.it](mailto:coordinamentoamministrativo@pec.ares118.it)

**Oggetto: domanda di convenzionamento per il servizio di soccorso in emergenza a chiamata SPOT**

Il Sottoscritto Presidente pro tempore Sig. ………………………. ………………………… ….. …

C.F. ……………………………………………………………………………………………

Nato (luogo e data di nascita): ……………………………………………………………….

Residente: Comune di ………………………………………… Prov. . …….. …………………..

Via/p.zza …………………………….. …………………………………………….. ……………..

Rappresentante legale dell’Associazione ………………………… ………… ………………… … .

… … … ……………………… ……… .... … … ….………………… …………….. ……. …. …

con sede a……………………………………via ………………………………………n°………….

c.a.p…………………………….(Provincia…………………..) telefono…………………………….

fax…………………………….. C. F. ……………………………………………………………

indirizzo di posta elettronica PEC: ………………………………………………………

ben conoscendo le normative regolamentari inerenti il servizio e le dotazioni dei mezzi vigenti in ARES 118,

**Chiede**

di essere convenzionato con ARES 118 per il servizio di soccorso in emergenza a chiamata SPOT e a tal fine, ai sensi e per effetto degli **artt. n. 47, 48 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mendaci asserzioni e consapevole che l’amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli sulle dichiarazioni prodotte, anche acquisendo la relativa documentazione,

.

**Dichiara**

1. che l’Associazione è attualmente iscritta al Registro Nazionale delle Organizzazioni di Volontariato al n. …… …… … .. ..…… e data iscrizione ………………………………………..
2. che l’Associazione aderisce alla seguente Rete Associativa ai sensi dell’art. 41 c. 2 D.Lgs 117/2017: ……………………….. …………………………… …………………………
3. che l’Associazione è regolarmente autorizzata al trasporto infermi con decreto n. ……….. del ………. ………. …. della Regione Lazio, ovvero è in possesso di provvedimento di equipollenza n. ……….. del ………… …….. …… .;
4. - che la responsabilità sanitaria è affidata al Dott. ……… ….. … .. …… …. .. ……. ….. …..………… …… ….. …… nato a …… .. .… … ..………… il .../.../…. . iscritto con n° ……….….. ….. … all’Ordine dei Medici della Provincia di ……… … … … .. …..;
5. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore degli eventuali dipendenti e di non avere in corso pendenze di natura contrattuale con associati né presente né passati;
6. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;
7. che il Presidente e ognuno dei componenti l’Associazione non ricadono nelle ipotesi di esclusione (laddove compatibili) previste dagli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023 – Codice degli appalti;
8. che l’Associazione da lui rappresentata non è mai incorsa in provvedimenti che comportano l’incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
9. di non aver avuto, in esito a precedenti affidamenti di servizi o forniture, relazioni negative;
10. di essere in regola con la normativa vigente in materia di prevenzione della criminalità mafiosa, e di non trovarsi in stato di liquidazione;
11. che non è stato sottoposto a condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale, o per delitti finanziari;

che al fine di permettere all’ARES 118 di effettuare le verifiche previste dalla normativa di cui all’Art.99 del D,Lgs 36/2023 – Codice degli appalti e Antimafia dichiara che i Soggetti che rivestono cariche sociali nell’Associazione sono:

Vice Presidente Sig.\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. ……………………………………………………………………………….

Nato (luogo e data di nascita): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente: Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tesoriere Sig.\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. ……………………………………………………………………………….

Nato (luogo e data di nascita): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente: Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Componente Consiglio Direttivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. ……………………………………………………………………………….

Nato (luogo e data di nascita): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente: Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Componente Consiglio Direttivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. ……………………………………………… ……………………………….

Nato (luogo e data di nascita): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente: Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Via/p.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizza**

L’ARES 118 alla raccolta, conservazione e trattamento dei dati comunicati con la presente per il periodo necessario allo svolgimento dell’attività amministrativa correlata nel rispetto delle prescrizioni contenute nel D. Lgs 196/03.

………………….., lì ……………………….

***Il Presidente / Legale Rappresentante***

**………………………………………………………………..**

**Allegati:**

**Documento di Identità del Presidente / Legale rappresentante;**

**Elenco mezzi utilizzati per il servizio;**

**Elenco personale;**

**DURC se posseduto o dichiarazione di assenza di personale dipendente;**

**Codice NSO;**

**Dichiarazione Tracciabilità Flussi Finanziari.**