Spett.le

ATS di Pavia

Viale Indipendenza, 3

Pec: [protocollo@pec.ats-pavia.it](mailto:protocollo@pec.ats-pavia.it)

Oggetto: MANIFESTAZIONE PUBBLICA DI INTERESSE PER LA CONTRATTUALIZZAZIONE DI POSTI LETTO DI DEGENZA ………………..(indicare subacuta o cure intermedie post acuta ordinaria) PER IL PERIODO DAL 01.01.2025 AL 31.03.2025, IN ATTUAZIONE DELLE DD.G.R. N. XII/1125/2023 E N. XII/2966/2024.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante/procuratore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Viste le DD.G.R. n. XII/1125/2023 e n. XII/2966/2024

**MANIFESTA**

il proprio interesse ad attivare nell’arco temporale dal 01.01.2025 al 31.03.2025 n. \_\_\_\_\_ posti letto per degenza

฀ **subacuta**

*oppure*

฀ cure intermedie **post acuta ordinaria**

presso la struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal scopo, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché di quanto stabilito dall’art. 75 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

**DICHIARA**

􀀐 che i posti letto da dedicare alle cure subacute nel periodo di interesse sono già accreditati e aggiuntivi rispetto alla dotazione contrattualizzata in essere e che sono conformi ai requisiti previsti dalla D.G.R. n. IX/1479 del 30/03/2011.

*oppure*

􀀐 che i posti letto da dedicare alle cure post acute nel periodo di interesse sono già accreditati per RSA/Cure Intermedie, in nucleo separato e aggiuntivi rispetto alla dotazione contrattualizzata in essere e che sono conformi ai requisiti previsti dalla D.G.R. n. X/3383 del 10/04/2015.

**ALLEGA**

* Relazione sanitaria inerente l’attività assistenziale prevista, comprensiva dei profili

professionali garantiti, con descrittiva degli ambienti e dei servizi, precisando la distribuzione dei posti letto all’interno delle stanze di degenza

􀀐 procura *(eventuale)*

**CHIEDE** che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale Rappresentante /Procuratore

Firmato digitalmente