

ALL. 1 – MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

INAIL
DIREZIONE REGIONALE VENETO
Santa Croce n. 712
30135 – VENEZIA

Manifestazione di interesse per la stipula di convenzioni per l'erogazione di accertamenti diagnostici clinico-strumentali¹

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di

legale rappresentante p.t. / titolare

della Società (denominazione) _____
nato/a a _____ il _____ residente nel Comune di _____
_____ Provincia _____ (Via / Piazza) _____ n. _____,
Tel. _____; cellulare _____;
C.F. _____;

Società con sede legale in Via/Piazza _____
_____ n. _____; Comune di _____
Provincia _____; Codice Fiscale _____;
Partita IVA _____ E-mail _____
PEC _____;

con **unità operativa 1** denominata _____ ubicata
in Veneto (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza
_____ n. _____; Comune di _____
_____ Provincia _____

con **unità operativa 2** denominata² _____ ubicata
in Veneto (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza
_____ n. _____; Comune di _____
_____ Provincia _____

con **unità operativa 3** denominata _____ ubicata
in Veneto (*da indicare solo se l'indirizzo è diverso da quello della sede legale*) Via/Piazza
_____ n. _____; Comune di _____
_____ Provincia _____

¹ Modulo in formato editabile e da compilare in ogni parte. La mancata spunta delle caselle sarà intesa come mancanza del requisito e determinerà l'esclusione dall'avviso pubblico.

² Compilare i campi solo ove si intenda eseguire gli accertamenti presso più unità operative oltre la prima, aggiungendo eventuali altre unità operative se superiori a tre.

MANIFESTA INTERESSE

all'Avviso pubblico per la stipula di convenzioni per l'erogazione di accertamenti diagnostici clinico-strumentali e pertanto

DICHIARA

che la Società

- con riferimento alla/e propria/e unità operativa/e è in possesso 1) dell'autorizzazione, 2) dell'accreditamento con la regione Veneto;

Allega alla presente manifestazione:

- Dichiarazione sostitutiva rilasciata ai sensi del DPR n. 445/2000 e della L. n. 183/2011 e s.m.i. per i requisiti richiesti dall'Avviso;
- Dichiarazione della compagnia di assicurazione che attesti:
- l'esistenza della polizza assicurativa RCT in corso di validità a copertura dei rischi derivanti alla Società dall'esercizio delle attività sanitarie anche presso la/e unità operativa/e e dei danni a terzi cagionati anche da dipendenti o consulenti o collaboratori (se presenti);
 - la regolarità del pagamento dei premi;
 - l'ammontare della rata di premio annuale;
 - l'ammontare dei massimali assicurati;
- Scheda della Società con indicazione delle coordinate bancarie e dei contatti riferiti anche alla/e unità operativa/e;
- Fotocopia del documento di identità valido a tutti gli effetti di legge;

SI IMPEGNA

a comunicare via PEC le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Luogo e data _____

Firma leggibile del Legale Rappresentante/Titolare³

³ Il documento può essere sottoscritto anche con firma digitale.