

**SCHEMA PROGETTO DESCRITTIVO DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO
SANITARIO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO E DI TRASPORTO SU
PATOLOGIE AUTORIZZABILI E CONTINUAZIONE DI CURE PERIODO – ANNO 2020**

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

** (da redigere per ogni codice 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 servizio di trasporto
codice: (codice identificativo come indicato nell'avviso)**

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 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 o idroambulanze 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 (2014-2018)	indicare numero e allegare copia della carta di circolazione di ogni mezzo
--	--

e - risorse materiali: automezzi disponibili per la convenzione

Numero automezzi o idroambulanze 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 di servizi totali nei 10 anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione (2009 – 2018)	
---	--

g - esperienza maturata: servizi in convenzione

Numero servizi complessivi per trasporti di servizi interospedalieri nei 10 anni solari precedenti quello in cui si svolge la selezione (2009 – 2018)	
---	--

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 della postazione di soccorso.

Di impegnarsi ad accettare l'assegnazione della convenzione per la postazione di soccorso.

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 Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Si informa che il Regolamento Europeo (UE) 2016/679 in materia di protezione dati personali ("GDPR") prevede la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancanza degli stessi non consente l'espletamento del procedimento. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti non autorizzati a riceverli, né saranno oggetto di diffusione.

Il **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli (di seguito "ASL VC"), con sede legale in C.so Mario Abbiate n. 21, 13100 Vercelli; I diritti dell'interessato possono essere esercitati inviando una mail all'indirizzo:

ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it

Il titolare ha nominato un **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**, contattabile all'indirizzo: dpo@aslvc.piemonte.it

La informiamo, infine, che ai sensi degli articoli previsti dal Capo III del GDPR Lei potrà esercitare in ogni momento i diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, il diritto alla portabilità dei dati e il diritto di opposizione. Inoltre, ha il diritto di presentare reclamo al Garante della privacy o di ricorrere all'autorità giudiziaria. il diritto di ottenere l'elenco completo ed aggiornato di tutti soggetti Responsabili e autorizzati al trattamento dei Suoi dati personali.

L' informativa completa è disponibile sul sito <http://www.aslvc.piemonte.it>.