**Allegato 2**

All’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana

**e-mail PEC:** **protocollo@pec.ats-valpadana.it**

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse per il recupero delle liste di attesa 2023**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con decreto n…….. del ……., per il recupero delle liste di attesa 2023 in esecuzione di quanto indicato nelle DDGR n. XII/ 61/2023 e n. XII/88/2023

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere addendum contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che si ritiene di poter erogare entro il 31.12.2023 a favore di assistiti lombardi.

**D I C H I A R A**

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente ………………………………………… (P.IVA ……………………), con sede legale a…………………………... in Via……..……………..…………… n.……, erogatore di prestazioni ambulatoriali per la Struttura …………………………………………………… (Cod. …………..) sita in …………………………………, via ………………………n. …………………
* di possedere i requisiti soggettivi necessari ai fini della stipula del contratto e per i quali si allega apposita dichiarazione (all.3*) (dichiarazione da rendere da parte dei soli erogatori accreditati NON già a contratto)*
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS della Val Padana a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di stimare che la Struttura a contratto sia in grado di utilizzare le risorse definite nella contrattazione ordinaria 2023 e che le stesse non siano sufficienti a remunerare le prestazioni aggiuntive di cui alla presente manifestazione di interesse *(dichiarazione da rendere da parte dei soli erogatori accreditati e a contratto)*
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: ………………………………………………….

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci, allega copia di valido documento di identità.

**Luogo e data** ……………………….. **Firma digitale**

Allegati:

* Copia dell’eventuale procura, nelle forme di legge
* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte, da inviare **anche** in formato excel

**PROSPETTO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE,**

**ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**DELL’ENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Per la Struttura ………………………………. (Cod. ………….)**

**FINALIZZATA AL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA 2023**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Prestazioni di specialistica ambulatoriale**  | **Numero di prestazioniaggiuntive****PROPOSTE** |
| Codice prestazione | Descrizione prestazione |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**N.B. per i soli erogatori già a contratto e già aderenti alla campagna screening, per le prestazioni cod. 87.37.1 indicare se erogate in screening**