**Allegato 2**

All’Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana

**e-mail PEC:** [**protocollo@pec.ats-valpadana.it**](mailto:protocollo@pec.ats-valpadana.it)

**Oggetto: Dichiarazione di manifestazione di interesse** **volta alla sottoscrizione di addendum contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive a favore di assistiti lombardi finalizzate al recupero delle liste di attesa ex DD.G.R. n. XII/2224 del 22/04/2024, n. XII/2756 del 15/07/2024 e n. XII/2853 del 29/07/2024**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con specifico provvedimento, per il recupero delle liste di attesa 2024 in attuazione delle disposizioni di cui alle DD.G.R. n. XII/2224 del 22.04.2024, n. XII/2756 del 15.07.2024 e n. XII/2853 del 29.07.2024

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordi/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 31/12/2024 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 ad instaurare futuri accordi contrattuali;
* di stimare che la Struttura a contratto sia in grado di utilizzare le risorse definite nella contrattazione ordinaria 2024 (tetto del 110% per le prestazioni PNGLA e tetto del 106% per le altre prestazioni) 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 è consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci

**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. ………….)**

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