

All\_3: FAC SIMILE di domanda di partecipazione all'Avviso di Manifestazione d'interesse per Cure Intermedie (da predisporre su carta semplice intestata dell'Ente richiedente in formato pdf unico e sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante/procuratore)

Spett.le  
ATS Val Padana  
Via dei Toscani, 1  
46100 Mantova  
[protocollo@pec.ats-valpadana.it](mailto:protocollo@pec.ats-valpadana.it)

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ATTIVAZIONE DELLE CURE INTERMEDIE  
IN ATTUAZIONE ALLA DGR N. XI/5829 DEL 29/12/2021**  
(rilasciata in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata dell'Ente richiedente)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

(indicare se legale rappresentante o procuratore o comunque altra persona legittimamente autorizzata ad impegnare l'ente)

dell'ente sociosanitario denominato \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partiva IVA \_\_\_\_\_

con **sede legale** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

con **sede operativa** nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC (che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'avviso):

Nominativo del Referente dell'Ente, al quale verranno inviate le comunicazioni:

Cognome Nome .....

Email.....

Recapito telefonico.....

## Manifesta il proprio interesse

all'attivazione temporanea (fino al 31/03/2022, salvo ulteriori proroghe) di posti di Cure Intermedie, secondo le modalità previste nell'Avviso di Manifestazione di Interesse rivolto agli Enti Erogatori sociosanitari (a contratto e non), limitatamente per pazienti COVID-19 negativi, in particolare nel setting di *(indicare l'ipotesi che ricorre)*:

- Riabilitazione ex art. 26/Assistenza di mantenimento;
- Post acute.

**A tal scopo, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità**

### DICHIARA

- 1) che, per ospitare pazienti "COVID 19 negativi", mediante questa manifestazione di interesse intende mettere a disposizione la seguente struttura *(indicare denominazione, tipologia e ubicazione della struttura)*  
\_\_\_\_\_
  - 2) che la struttura sopracitata è autorizzata, è/non è accreditata e è/non è a contratto *(indicare l'ipotesi che ricorre e gli estremi del provvedimento)*;
  - 3) che i posti letto messi a disposizione per Cure Intermedie sono n. \_\_\_\_\_ e che:
    - derivano dalla conversione temporanea dei seguenti posti in assetto accreditato \_\_\_\_\_
- o, in alternativa,*** che :
- sono aggiuntivi rispetto all'assetto accreditato *(precisare ubicazione)*;
- 4) di essere in possesso dei requisiti di accreditamento strutturali-tecnologici e organizzativo-gestionali previsti da \_\_\_\_\_ (indicare DGR n. VII/19883/2004 per Riabilitazione ex art. 26; indicare DGR n. X/3383/2015 e il DDG n. 6544/2014 per Post acuta);
  - 5) che è prevista la garanzia dell'isolamento precauzionale per tutelare la sicurezza dei restanti ospiti;
  - 6) che il termine massimo entro il quale verranno attivati i posti letto è:  
\_\_\_\_\_
  - 7) di dare la propria disponibilità a mantenere attivo il servizio fino al 31.3.2022, salvo ulteriori proroghe;

- 8) di accettare la tariffa di € 135,14/die per i pazienti Covid-19 negativi in caso di attivazione di Cure Intermedie –Assistenza di Mantenimento o, *in alternativa*, di accettare la tariffa di € 120,00/die per i pazienti Covid-19 negativi in caso di attivazione Cure Intermedie – Post Acute (*indicare l'ipotesi che ricorre*);
- 9) di impegnarsi ad aderire al sistema di trasferimento PRIAMO gestito dalla Centrale Unica di Dimissione post-Ospedaliera istituita ai sensi della DGR n. XI/2906/2020 ovvero di trasferimento presso altra struttura più idonea in caso di modifiche del livello di complessità assistenziale, anche mediante il ricorso alla Rete di Emergenza Urgenza in caso di aggravamento clinico;
- 10) di impegnarsi, in caso di decesso del paziente ricoverato, ad assicurare le procedure di accertamento di morte, la corretta conservazione e gestione della salma, nonché le attività di medicina necroscopica (certificato necroscopico e denuncia causa di morte) fino al trasporto della salma stessa da parte di impresa identificata dagli aventi diritto;
- 11) di impegnarsi, per ogni paziente ricoverato, alla compilazione di specifica documentazione sanitaria con registrazione puntuale delle attività di gestione clinica ed assistenziale (FASAS);
- 12) di impegnarsi all'assolvimento dei debiti informativi secondo modalità e tempistiche definite da Regione Lombardia e da ATS Val Padana in relazione alle attività svolte oggetto del presente avviso;
- 13) di aver preso visione e di accettare tutte le prescrizioni della manifestazione di interesse e di essere edotto e consapevole degli effettivi oneri che il servizio comporta.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il legale Rappresentante o Procuratore

\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- allegato 4: dichiarazione sostitutiva requisiti soggettivi per soggetto gestore
- copia carta di identità del legale rappresentante