ALLEGATO 2

Schema per la presentazione della manifestazione di interesse alla misura economica di sostegno in attuazione all’art. 19-novies, comma 1 del DL n. 137/2020, convertito con Legge n. 176/2020. SECONDA ANNUALITA’ – COSTI 2022

**(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**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA MISURA ECONOMICA DI SOSTEGNO IN ATTUAZIONE ALL’ART. 19-NOVIES, COMMA 1 DEL DL N. 137/2020, CONVERTITO CON LEGGE N. 176/2020. SECONDA ANNUALITA’ – COSTI 2022**

**(rilasciata in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art. 47 D.P.R. 445/2000)**

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 Gestore denominato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(selezionare una sola delle tre seguenti opzioni)

* Ente Pubblico
* Ente Privato
* Ente del Terzo Settore

(In caso di Ente del Terzo Settore indicare i riferimenti di riconoscimento)

atto/autorizzazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Partiva IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Ente Gestore della/e seguente/i Unità di Offerta per la/e quale/i chiedo la misura economica, in relazione all’Avviso approvato con Decreto ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* RSA accreditata ubicata sul territorio di ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice di 6 cifre)

Denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;

* Post Acuta residenziale a contratto ubicata sul territorio di ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice di 6 cifre) Denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* CSS a contratto con ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* RSD a contratto con ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* Comunità Tox Residenziali a contratto con ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* Cure Intermedie (ex IDR) a contratto con ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* Cure Palliative Residenziali a contratto con ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* Struttura di Residenzialità Assistita a contratto con ATS della Val Padana cudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* Strutture di Psichiatria e Neuropsichiatria residenziali (compresa la Residenzialità Leggera) a contratto codice struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;
* Strutture residenziali del socioeducativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità codice struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (codice di 6 cifre) Denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sito nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_;

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 diretto (NO CENTRALINI)………………………………………………………………..…………………………………….

**Manifesta il proprio interesse**

* ad accedere alla misura economica di sostegno in attuazione all’art. 19-novies, comma 1 del DL n. 137/2020, convertito con Legge n. 176/2020 al fine di fronteggiare le criticità straordinarie derivanti dalla diffusione dell’epidemia da COVID-19 e di facilitare la tempestiva acquisizione di DPI (come individuati dalla circolare del ministero della salute n. 4373 del 12 febbraio 2020) e di altri dispositivi medicali idonei a prevenire il rischio di contagio*;*

**A tal scopo, sotto la propria personale responsabilità, 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 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:**

**DICHIARA**

* che il costo sostenuto nel periodo decorrente dal 01/01/2022 al 31/12/2022 e regolarmente contabilizzato a bilancio, derivante dall’acquisizione di DPI (come individuati dalla circolare del Ministero della Salute n. 4373/2020) e di altri dispositivi medicali idonei a prevenire il rischio di contagio è pari ad euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il costo sostenuto non ha già ricevuto un contributo per la copertura dello stesso costo;

***oppure***

* che il costo sostenuto ha già ricevuto un contributo per la copertura dello stesso, pari ad euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da documento contabile agli atti, attestante sia la quota coperta sia la quota non coperta;
* che la domanda è in relazione alle sole unità di offerta ubicate sul territorio afferente all’ATS della Val Padana;
* che in caso di Ente Gestore di UdO ubicate sul territorio di più ATS, la stessa fattura è stata presentata anche all’ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, utilizzando come metodo di ripartizione del costo il peso dei posti di residenzialità sulle singole ATS ***(da dichiarare se del caso)***;
* di essere a conoscenza della tipologia dei costi ammissibili e della determinazione del valore massimo riconoscibile, come da punto A.2 e A.3. dell’Avviso;
* che le fatture riportate nella “Scheda di Sintesi - Modulo Riepilogativo Rimborsi Richiesti” risultano tutte debitamente quietanzate;
* di essere consapevole che l’ATS effettuerà controlli allo scopo di accertare la veridicità di quanto qui dichiarato;
* di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni inerenti la presente manifestazione di interesse;

Allego, quale parte integrante della presente domanda la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante/Procuratore dell’Ente Gestore che sottoscrive la richiesta;

- Scheda di sintesi – Modulo Riepilogativo Rimborsi Richiesti in formato pdf del modulo google compilato on line al seguente link:

**https://forms.gle/z5J11XXDch8YLWFR7**

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

Il legale Rappresentante o Procuratore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*