**DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE
ACCREDITATE NEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE**

(su carta intestata dell'Ente richiedente)

Al Direttore Generale della ATS della Val Padana

**DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE
ACCREDITATE NEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE, AI SENSI DELLA D.G.R. N. 585 DEL 01/10/2018 E
D.G.R. N. 80 DEL 03/04/2023 "INTERVENTI SPERIMENTAZIONE PER IL CONTRASTO AL DISTURBO
DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO"**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/_____, e residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____ n. _____

quale Legale Rappresentante dell'Ente _____

con sede legale in via/piazza n. _____

Codice Fiscale e/o Partita Iva _____

COMUNICA LA DISPONIBILITÀ E L'INTERESSE

ad attivare ai sensi della D.G.R. n. 585/2018 e D.G.R. n. 80 del 03/04/2023 i **Servizi Sperimentali** così definiti:
"Diagnosi e definizione dell'esigenza"; "Trattamento residenziale breve e accompagnamento territoriale";
"Trattamento residenziale", "Trattamento semiresidenziale", in particolare nelle sotto indicate specifiche
(spuntare quelle di interesse):

- Servizio di Diagnosi e definizione dell'esigenza (residenziale o semiresidenziale)**
- Servizio di trattamento residenziale breve e accompagnamento territoriale**
- Servizio di trattamento residenziale**
- Servizio di trattamento semiresidenziale**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e falsità degli atti, come stabilito dall'articolo 76 DPR 445/2000

DICHIARA

di essere accreditato con il sistema sociosanitario con Provvedimento n. _____ del _____ per
l'Ente _____ sito _____ in
_____ via/piazza n. _____

DICHIARA INOLTRE:

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla D.G.R. n. 2569 del 31.10.2014 (Allegato 1 – punto 2.1);
- che l'Ente accreditato ha le caratteristiche gestionali e organizzative coerenti con quanto definito e richiesto nelle aree di intervento oggetto della sperimentazione, per le quali si sono espressi interesse e disponibilità, conformemente a quanto indicato nell'allegato C della D.G.R. n. 585/2018, secondo quanto specificato nella D.G.R. n. 80 del 03/04/2023 (attivazione di strutture o moduli specialistici completamente dedicati al trattamento dei DGA che garantiscano un minimo di 5 posti accreditati) ed in conformità ai requisiti di accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 12621 del 07.04.2003;
- che la sperimentazione sarà attiva nella Struttura _____ (indicare denominazione e ubicazione della struttura) nella quale saranno messi a disposizione n. _____ posti accreditati, di cui n. _____ a contratto;

- nel caso in cui la presente candidatura fosse positivamente accolta, di aderire alle modalità, norme previste ed adempimenti conseguenti alle citate DDGGRR;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente selezione; quindi, ne autorizza il trattamento da parte dell'ATS della Val Padana.

Data _____

Firma Legale Rappresentante

Allegare:

- **Dichiarazione sostitutiva requisiti soggettivi per soggetto gestore**
- **Copia fotostatica non autenticata del Documento di Identità in corso di validità del Legale Rappresentante.**