All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

e-mail PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

Oggetto: Dichiarazione di manifestazione di interesse volta alla sottoscrizione di addendum contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive (escluse prestazioni di medicina dello sport) 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.

**- Struttura sanitaria accreditata e a contratto -**

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 erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale a contratto con il SSR 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 generato tramite l’apposito portale messo a disposizione da ATS Insubria, che si ritiene di poter erogare come addizionali rispetto all'attività erogativa disciplinata dal contratto ordinario sottoscritto per l'anno 2024 con ATS Insubria, ossia:

* superando il massimo finanziabile del contratto ordinario (tetto del 110% per le prestazioni PNGLA e tetto del 106% per le altre prestazioni);
* aggiuntive rispetto al medesimo periodo dell’anno 2022, al netto di quelle finanziate con risorse non storicizzabili";

e, per tale ragione,

**DICHIARA**

consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci,

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale a contratto con ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la Struttura denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS dell’Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di stimare che la Struttura a contratto sia in grado di utilizzare le risorse per lombardi già assegnate con la 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;
* di ottemperare al debito informativo regionale provvedendo a rendicontare attraverso gli appositi flussi l'attività erogativa oggetto della presente dichiarazione, così come declinato nell'avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato 2);
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmato digitalmente

dal Legale rappresentante o Procuratore delegato

Documenti allegati:

* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte generato tramite il portale di ATS Insubria
* Copia della procura nelle forme di legge (in caso di sottoscrizione a cura del Procuratore delegato)

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

e-mail PEC: protocollo@pec.ats-insubria.it

Oggetto: Dichiarazione di manifestazione di interesse volta alla sottoscrizione di accordi contrattuali per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive (escluse prestazioni di medicina dello sport) 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.

**- Struttura sanitaria accreditata -**

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 erogatori accreditati di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con la numerosità e la tipologia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale generato tramite l’apposito portale messo a disposizione da ATS Insubria che si ritiene di poter erogare secondo le indicazioni fornite nell'avviso di manifestazione di interesse di cui all'allegato 2 e, per tale ragione,

**DICHIARA**

consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci,

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la Struttura accreditata denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS dell’Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di impegnarsi fin da subito ad ottemperare al debito informativo regionale provvedendo a rendicontare attraverso gli appositi flussi l'attività erogativa oggetto della presente dichiarazione, così come declinato nell'avviso di manifestazione di interesse (cfr. allegato 2) e di integrarsi al sistema regionale di prenotazione delle prestazioni.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firmato digitalmente

dal Legale rappresentante o Procuratore delegato

Allegati:

* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte generato tramite il portale di ATS Insubria
* Copia della procura nelle forme di legge (in caso di sottoscrizione a cura del Procuratore delegato)