



ALLEGATO 1

Spett.le

Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute

Via Pozzuolo n. 330

33100 - Udine

24SER050 – AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DA PARTE DI ASSOCIAZIONI INTERESSATE A PARTECIPARE AL COORDINAMENTO DELLE RETI CLINICHE DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA AFFERENTI AD ARCS. Manifestazione di interesse.

Il/La sottoscritto/a _____ (CF. _____),
nato/a a _____ il _____, in qualità di legale rappresentante dell'Associazione
_____ (CF. _____), con sede
in _____ (Prov. _____),
Via _____ n. _____,
pec _____;
e-mail _____;
telefono _____;

MANIFESTA

l'interesse della predetta Associazione a partecipare al procedimento di cui all'Avviso pubblico di ARCS, finalizzato alla acquisizione di *"manifestazioni di interesse da parte di Associazioni interessate a partecipare al coordinamento delle reti cliniche della Regione Friuli-Venezia Giulia afferenti ad ARCS"* (24SER050).

A tale scopo, nella suindicata qualità, ai sensi dell'art. 46 e art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e preso atto che, qualora emerga la non veridicità di quanto dichiarato, l'Amministrazione procedente disporrà la decadenza da ogni beneficio ai sensi dell'art. 75, comma 1 del citato D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art.76 del D.P.R. n. 455/2000, con la presente

DICHIARA

(si prega di barrare ogni casella di interesse)

- ☐ che l'ente rappresentato è interessato a partecipare al coordinamento delle reti cliniche della Regione FVG afferenti ad ARCS, già attivate o di prossima attivazione, di seguito indicate (*barrare una o più caselle di interesse*):
 - ☐ Rete oncologica
 - ☐ Rete senologica
 - ☐ Rete cuore
 - ☐ Rete ictus
 - ☐ Rete trauma
 - ☐ Rete epatologica
 - ☐ Rete diabetologica
 - ☐ Rete gastroenterologica
 - ☐ Rete pneumologica
 - ☐ Rete nefrologica
 - ☐ Rete cure palliative
 - ☐ Rete dolore
 - ☐ Rete infettivologica
- ☐ che l'ente rappresentato è:
 - ☐ Associazione di pazienti
OPPURE
 - ☐ Associazione di cittadini
OPPURE
 - ☐ Organizzazione non profit
- ☐ che il predetto ente è registrato in Italia o in Ue ed è operativo nel territorio nazionale;
- ☐ che la patologia o la condizione clinica rappresentata è la seguente:

-
-
- ☐ *obbligatorio solo per la partecipazione al coordinamento della Rete Oncologica Regionale:*
che il predetto ente ha il seguente numero di iscrizione nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)_____;

DICHIARA INOLTRE

- ☐ che lo Statuto del predetto ente prevede:
- l'assenza di fini di lucro;
 - la democraticità della struttura;
 - l'elettività delle cariche associative;
- ☐ la rappresentanza, da parte dell'ente, della patologia o condizione clinica di interesse della singola rete è svolta su tutto il territorio regionale oppure, alternativamente, in un ambito territoriale più limitato ma con valenza regionale;
- ☐ l'assenza di conflitto di interesse in capo all'ente e ai componenti degli organi di amministrazione o di gestione, rispetto all'attività da svolgere e rispetto alla procedura di ARCS;
- ☐ la documentata operatività nel settore di interesse, dimostrabile in via alternativa (*sbarrare l'opzione di interesse*) con:
- lo svolgimento continuativo e documentabile per almeno cinque anni di attività di interesse generale nel settore relativo alla patologia rappresentata;
- OPPURE*
- a) l'espressa previsione statutaria di svolgimento in via prevalente di attività di interesse generale relative alla patologia rappresentata in favore dei malati, dei lungoviventi, dei guariti e dei loro familiari o delle persone in relazione con i predetti;
 - b) lo svolgimento continuativo e documentabile per almeno tre anni di attività di interesse generale nel settore relativo alla patologia rappresentata;
- ☐ *obbligatorio solo per le Associazioni di pazienti:* i pazienti o i loro *caregiver* devono rappresentare la maggioranza dei membri iscritti.

DICHIARA ALTRESÌ

- di aver preso visione, di conoscere e di accettare integralmente tutta la documentazione della procedura e le condizioni previste nell'Avviso pubblico in oggetto;
- di aver preso visione dell'Informativa al trattamento dei dati personali (di cui all'Allegato 2 dell'Avviso pubblico in oggetto);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede dell'Associazione di pazienti indicata in epigrafe, nonché ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura in oggetto;
- di eleggere il seguente indirizzo **PEC** _____ quale domicilio digitale cui si chiede di inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente procedimento.

Data e luogo _____

Per l'Associazione

Dott./Sig. _____

Unitamente alla presente "Manifestazione di interesse" (**Doc. 1**), si trasmette (cfr. **Doc. 2**, cfr. art. 4 dell'Avviso):

- Modulo "Dati informativi dell'Ente", debitamente compilato nei campi di interesse;
- Copia dell'Atto costitutivo e dello Statuto (che devono essere conformi all'originale depositato con gli estremi di registrazione visibili);
- Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante.

DATI INFORMATIVI DELL'ENTE

Denominazione dell'ente	
Data costituzione	
Indirizzo sede legale	
Codice fiscale	
Tipologia di ente	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Associazione di pazienti <input type="radio"/> Associazione di cittadini <input type="radio"/> Organizzazione non profit
Composizione degli Organi di Amministrazione	
Ambito operativo	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> locale <input type="radio"/> regionale <input type="radio"/> nazionale <input type="radio"/> internazionale
Patologia rappresentata	
Tipologia di attività svolta	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> advocacy e rappresentanza <input type="radio"/> trasporto dei pazienti <input type="radio"/> campagna e prevenzione <input type="radio"/> formazione <input type="radio"/> analisi di dati e monitoraggio delle prestazioni sanitarie <input type="radio"/> ascolto, informazione e tutela <input type="radio"/> raccolta fondi <input type="radio"/> ricerca <input type="radio"/> servizi socio-sanitari (specificare quali): _____ <input type="radio"/> altro (specificare) _____

Attività specifiche svolte	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tavoli tecnici regionali o nazionali nel settore di interesse (specificare)_____ ○ Commissioni o gruppi di lavori attivi nel settore di interesse, istituiti da Enti del SSN o dal altre Pubbliche amministrazioni o Enti di ricerca (specificare)_____ ○ Attiva partecipazione, formalmente riconosciuta, alla definizione di PDTA (specificare)_____ ○ Partecipazione a progetti locali nazionali e europei (specificare)_____ ○ Comitati etici (specificare)_____ ○ Pubblicazioni scientifiche o altre pubblicazioni rilevanti nel settore di interesse (specificare)_____
Presenza di Comitato scientifico	<ul style="list-style-type: none"> ○ no ○ si (indicare la composizione):
Svolgimento continuativo e documentabile per almeno <u>cinque anni</u> o <u>tre anni</u> (a seconda del requisito selezionato nella manifestazione di interesse) di attività di interesse generale nel settore relativo alla patologia rappresentata	<i>Descrivere le attività di interesse generale svolte dall'ente, i soggetti beneficiari, data di inizio e di fine.</i>
Fonti di finanziamento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Finanziamenti pubblici ○ Finanziamenti privati ○ 5x1000 ○ Quote associative ○ Altro (specificare)_____