***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 | * Associazione di pazienti * Associazione di cittadini * Organizzazione non profit |
| Composizione degli Organi di Amministrazione |  |
| Ambito operativo | * locale * regionale * nazionale * internazionale |
| Patologia rappresentata |  |
| Tipologia di attività svolta | * advocay e rappresentanza * trasporto dei pazienti * campagna e prevenzione * formazione * analisi di dati e monitoraggio delle prestazioni sanitarie * ascolto, informazione e tutela * raccolta fondi * ricerca * servizi socio-sanitari (specificare quali):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Attività specifiche svolte | * 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 | * no * si (indicare la composizione): |
| ***(se è stata selezionata tale voce)*** Lo svolgimento continuativo e documentabile per almeno cinque anni di attività di interesse generale nel settore relativo alla patologia rappresentata | *Descrivere le attività di interesse generale svolte dall’ente, i soggetti beneficiari, data di inizio e di fine*: |
| ***(se è stata selezionata tale voce)***  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; e  b) lo svolgimento continuativo e documentabile per almeno tre anni di attività di interesse generale nel settore relativo alla patologia rappresentata; | *Descrivere:*  *- 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*  *- le attività di interesse generale svolte dall’ente, i soggetti beneficiari, data di inizio e di fine*: |
| Fonti di finanziamento | * Finanziamenti pubblici * Finanziamenti privati * 5x1000 * Quote associative * Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |