



**Allegato 2**

Spett.le  
**Azienda Regionale di Coordinamento  
per la Salute**  
Via Pozzuolo n. 330  
33100 – Udine

**Avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni di interesse per la partecipazione al coordinamento delle reti cliniche della Regione FVG afferenti ad ARCS da parte delle Associazioni di pazienti.**

**MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
CF \_\_\_\_\_, in qualità di Legale rappresentante dell'Associazione  
\_\_\_\_\_,  
CF \_\_\_\_\_, con sede legale in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, PEO \_\_\_\_\_,  
PEC \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR citato

**DICHIARA**

***(barrare le caselle di interesse)***

- ☐ Che l'ente 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
- Rete reumatologica
- Rete malattie rare.
- ☐ che l'ente rappresentato è:
  - Associazione di pazienti
  - Associazione di cittadini
  - 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:

---



---



---

- ☐ *(compilazione obbligatoria 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* rappresentano la maggioranza dei membri iscritti.

#### **DICHIARA**

- 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 (Allegato 2.3.);
- 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 al presente procedimento.

Data e luogo della firma digitale

Per l'Associazione  
(f.to digitalmente)

\_\_\_\_\_

Si allega:

- Allegato 2.1. "Dati informativi dell'Ente", debitamente compilato e sottoscritto con firma digitale;
- Allegato 2.2. "Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi", sottoscritto con firma digitale;



- 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.

## Allegato 2.1

### Avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni di interesse per la partecipazione al coordinamento delle reti cliniche della Regione FVG afferenti ad ARCS da parte delle Associazioni di pazienti

#### DATI INFORMATIVI DELL'ASSOCIAZIONE DI PAZIENTI

|                                              |                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominazione                                |                                                                                                                                                                          |
| Data costituzione                            |                                                                                                                                                                          |
| Sede Legale                                  |                                                                                                                                                                          |
| Codice fiscale                               |                                                                                                                                                                          |
| Tipologia di Associazione                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Associazione di pazienti</li> <li>○ Associazione di cittadini</li> <li>○ Organizzazione non profit</li> </ul>                   |
| Composizione degli organi di amministrazione | <i>indicare cariche</i>                                                                                                                                                  |
| Ambito operativo                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ locale</li> <li>○ regionale</li> <li>○ nazionale</li> <li>○ internazionale</li> </ul>                                           |
| Patologia rappresentata                      |                                                                                                                                                                          |
| Tipologia di attività svolta                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ advocacy e rappresentanza</li> <li>○ trasporto dei pazienti</li> <li>○ campagne di prevenzione</li> <li>○ formazione</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ analisi di dati e monitoraggio delle prestazioni sanitarie</li> <li>○ ascolto, informazione e tutela</li> <li>○ raccolta fondi</li> <li>○ ricerca</li> <li>○ servizi sociosanitari (specificare quali):_____</li> <li>○ altro (specificare)_____</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Attività specifiche svolte                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tavoli tecnici regionali o nazionali nel settore di interesse (specificare)_____</li> <li>○ Gruppi di lavori attivi nel settore di interesse, istituiti da Enti del SSN o da altre Pubbliche amministrazioni o Enti di ricerca (specificare)_____</li> <li>○ Attiva partecipazione, formalmente riconosciuta, alla definizione di PDTA (specificare)_____</li> <li>○ Partecipazione a progetti locali, nazionali ed europei (specificare)_____</li> <li>○ Comitati etici (specificare)_____</li> <li>○ Pubblicazioni scientifiche o altre pubblicazioni rilevanti nel settore di interesse (specificare)_____</li> </ul> |
| Presenza di Comitato scientifico                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no</li> <li>○ sì (indicare la composizione):</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b><i>(se è stata selezionata tale voce)</i></b> Lo svolgimento continuativo e documentabile per almeno cinque anni 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b><i>(se è stata selezionata tale voce)</i></b><br>a) l'espressa previsione statutaria di svolgimento in via prevalente di attività di interesse generale relative alla patologia                      | <i>Descrivere:</i><br>- <i>previsione statutaria di svolgimento in via prevalente di attività di interesse generale relative alla patologia rappresentata in</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>rappresentata in favore dei malati, dei lungoviventi, dei guariti e dei loro familiari o delle persone in relazione con i predetti; e</p> <p>b) lo svolgimento continuativo e documentabile per almeno tre anni di attività di interesse generale nel settore relativo alla patologia rappresentata;</p> | <p><i>favore dei malati, dei lungoviventi, dei guariti e dei loro familiari o delle persone in relazione con i predetti</i></p> <p><i>- le attività di interesse generale svolte dall'ente, i soggetti beneficiari, data di inizio e di fine.</i></p> |
| <p>Fonti di finanziamento</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finanziamenti pubblici</li> <li>○ Finanziamenti privati</li> <li>○ 5x1000</li> <li>○ Quote associative</li> <li>○ Altro (specificare)_____</li> </ul>                                                        |

Data e luogo della firma digitale

Per l'Associazione

(f.to digitalmente)

\_\_\_\_\_



## Allegato 2.2

**Avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni di interesse per la partecipazione al coordinamento delle reti cliniche della Regione FVG afferenti ad ARCS da parte delle Associazioni di pazienti.**

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ (ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(CF \_\_\_\_\_) , nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di legale  
rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_  
(CF \_\_\_\_\_), con sede in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
PEO \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_;

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50 della Legge 6 novembre 2012 n. 190", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000

#### **DICHIARA**

di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità e/o incompatibilità per la partecipazione al coordinamento delle reti cliniche della Regione FVG

#### **DICHIARA**

di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi con ARCS e, limitatamente alla Rete oncologica regionale (ROR), ASUFC come stabilito dal d.lgs. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

#### **DICHIARA**

di essere informato/a, a norma del Regolamento UE 2016/679 e del d.lgs. 196/2003, come novellato dal d.lgs. 101/2018, circa il trattamento dei dati personali raccolti e, in particolare che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa;

#### **SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data della firma digitale

Per l'Associazione

(f.to digitalmente)

\_\_\_\_\_