



AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO ALLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E COOPERATIVE SOCIALI PER L’AFFIDAMENTO DELLE POSTAZIONI 118 INDIVIDUATE NEL PIANO TERRITORIALE PER IL POTENZIAMENTO ESTIVO DEL SERVIZIO EMERGENZA – URGENZA 118 - ANNO 2026 -

In esecuzione della Delibera del Direttore Generale n. del l’Azienda Regionale per l’Emergenza e Urgenza Sardegna

RENDE NOTO

che in ragione delle circostanze evidenziate nella richiamata deliberazione, questa Azienda procede ad un nuovo avviso di manifestazione di interesse finalizzata all’individuazione di ulteriori Enti del terzo Settore ai quali affidare le postazioni in precedenza non assegnate suddivise per Aziende Sanitarie Locali, con le relative fasce orarie di operatività, sono le seguenti:

AMBITO TERRITORIALE ASL DI CAGLIARI

2) POSTAZIONI MEZZI DI SOCCORSO DI BASE

SEDE POSTAZIONE MSB	OPERATIVITA’
Torre delle Stelle - Comune di Maracalagonis	H 24 - tutti i giorni della settimana – dalla data di attivazione del servizio fino al 30 settembre

L’Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale selezionata dovrà fornire un equipaggio composto da un soccorritore/autista e due soccorritori oltre a due mezzi di soccorso.

AMBITO TERRITORIALE ASL DI CARBONIA

1) POSTAZIONE MEZZO DI SOCCORSO DI BASE

SEDE POSTAZIONE MSB	OPERATIVITA’
Isola di San Pietro – Comune di Carloforte	H 24 - tutti i giorni della settimana - dalla data di attivazione del servizio fino al 30 settembre

L’Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale selezionata dovrà fornire un equipaggio composto da un soccorritore/autista e due soccorritori oltre a due mezzi di soccorso.

AMBITO TERRITORIALE ASL ORISTANO

1) POSTAZIONE MEZZO DI SOCCORSO DI BASE

SEDE POSTAZIONE MSB	OPERATIVITA’
Località Putzu Idu – Comune di San Vero Milis	H 12 - dalle ore 08.00 alle ore 20.00 - tutti i giorni della settimana – dalla data di attivazione fino al 30 settembre

L’Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale selezionata dovrà fornire un equipaggio composto da un soccorritore/autista e due soccorritori oltre a due mezzi di soccorso.

AMBITO TERRITORIALE ASL DI SASSARI

1) POSTAZIONI MEZZO DI SOCCORSO DI BASE

SEDE POSTAZIONE MSB	OPERATIVITA'
Località Fertilia – Comune di Alghero	H 12 - dalle ore 08.00 alle ore 20.00 - tutti i giorni della settimana - dalla data di attivazione del servizio fino al 30 settembre

L'Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale selezionata dovrà fornire un equipaggio composto da un soccorritore/autista e due soccorritori oltre a due mezzi di soccorso.

AMBITO TERRITORIALE ASL DI GALLURA

1) POSTAZIONI MEZZI DI SOCCORSO DI BASE

SEDE POSTAZIONE MSB	OPERATIVITA'
Località Abbiadori – Comune di Arzachena	H 24 - tutti i giorni della settimana - dalla data di attivazione del servizio fino al 30 settembre
Località Vignola Comune di Aglientu	H 24 - tutti i giorni della settimana - dalla data di attivazione del servizio fino al 30 settembre

L'Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale selezionata dovrà fornire un equipaggio composto da un soccorritore/autista e due soccorritori oltre a due mezzi di soccorso.

1. REQUISITI DI AMMISSIONE

Alla selezione possono accedere le Associazioni di Volontariato e le Cooperative sociali che si trovino in possesso di tutti i seguenti requisiti:

1.1. Requisiti di ordine generale:

- 1) di essere iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno sei mesi.

Per le Cooperative Sociali

- a) di essere di tipo "A" o "C" a mutualità prevalente;
- b) di essere iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno 6 mesi, ovvero di essere iscritta nell'apposita sezione del registro delle imprese;
- c) di essere stata iscritta nell'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo da almeno sei mesi;
- d) di avere sede legale e operatività in Sardegna;

Inoltre l'Associazione di Volontariato e la Cooperativa Sociale devono:

- 1) essere in regola con gli obblighi contributivi previdenziali in caso di presenza di personale dipendente;

Le Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali **non convenzionate**, dovranno essere in possesso di comprovata esperienza nel settore del servizio di soccorso di almeno 2 anni, anche se non continuativi, conseguita nell'ultimo quinquennio. Qualora non pervenisse alcuna manifestazione di interesse che soddisfi il requisito richiesto l'Azienda valuterà le istanze pervenute per tale postazione con requisiti inferiori.

È condizione essenziale per la partecipazione alla procedura di selezione e per tutta la sua durata che continuino a permanere in capo all'Associazione di Volontariato o alla Cooperativa Sociale i requisiti

specifici testé elencati, con la conseguenza che la loro perdita determinerà l'immediata risoluzione del rapporto convenzionale.

Sono ammessi alla presente procedura le Associazioni di Volontariato/Cooperative Sociali in forma singola o in aggregazione tra più operatori. L'aggregazione oraria è consentita solo per le postazioni in cui è prevista un'operatività giornaliera in H 24/24.

1.2. Requisiti tecnici

a) mezzi di soccorso Postazioni MSB:

All'atto della presentazione dell'istanza di partecipazione l'Ente del Terzo Settore dovrà avere la disponibilità a qualsiasi titolo (proprietà, contratto di comodato d'uso, contratto di noleggio, contratto di leasing, ovvero contratto preliminare di acquisizione del mezzo) e per la durata del servizio previsto in convenzione di n. 2 ambulanze per postazione con le seguenti caratteristiche: **n. 1 mezzo di normale uso** che dovrà risultare in perfetta efficienza, **in regola con la revisione annuale** e non aver percorso più di Km 200.000 e non aver compiuto 8 anni dalla data di prima immatricolazione e **n. 1 ambulanza di riserva** che dovrà risultare in perfetta efficienza, **in regola con la revisione annuale**, e non avere percorso più di Km 300.000 e non aver compiuto 11 anni dalla data di prima immatricolazione.

I mezzi di soccorso impiegati per il servizio di trasporto in emergenza devono possedere caratteristiche non inferiori a quelle prescritte per i mezzi a targa civile dalla vigente normativa per le ambulanze di tipo A (D.M. 17.12.1987 n. 553).

La dotazione quantitativa e qualitativa delle attrezzature a bordo dei mezzi di soccorso non può essere inferiore agli standard previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionale (**Allegato 4 alla convenzione che regola il servizio emergenza urgenza di base approvata con D.G.R. 23/32 del 13.05.2026**) di cui all'**Allegato 1**) del presente avviso pubblico.

Prima della stipula della convenzione in parola le ambulanze saranno sottoposte alle opportune verifiche da parte dei competenti uffici AREUS in ordine alla presenza di tutti i requisiti tecnici richiesti;

Nelle ambulanze oggetto della convenzione dovrà essere indicato il logo del 112-118 e il contrassegno dell'Organizzazione di Volontariato o Cooperativa Sociale realizzati in modo da poter rendere agilmente rilevabile all'utenza che l'ambulanza può svolgere il servizio in regime di convenzione;

Inoltre dovranno essere dotate del dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu e del dispositivo acustico supplementare di allarme bitonale omologato in Italia

Si precisa che il requisito riguardante "la disponibilità a qualsiasi titolo per la durata del servizio previsto in convenzione di n. 2 ambulanze....." la stessa debba intendersi sussistente anche qualora l'Ente del Terzo Settore partecipante manifesti, mediante idonea documentazione, (ad esempio contratto preliminare di acquisizione del mezzo o comodato d'uso) l'impegno a disporre degli stessi entro 15 giorni successivi alla data di comunicazione dell'assegnazione provvisoria del servizio, al fine di consentire le verifiche di competenza.

Potranno essere indicate esclusivamente ambulanze (ambulanza di normale uso e e di riserva) la cui disponibilità oraria non sia già impegnata nell'ambito della vigente convenzione con l'AREUS o in altri servizi con Enti o strutture sanitarie pubbliche e private.

Si precisa, inoltre, che non è ammessa nessuna variazione dei mezzi di soccorso indicati in sede di presentazione dell'istanza di partecipazione fino al provvedimento di aggiudicazione provvisoria del servizio oggetto del presente avviso, salvo il caso in cui tale variazione sia dovuta per cause non imputabili all'Ente del Terzo Settore.

Nel caso in cui all'atto della stipula della convenzione, il mezzo non sia più disponibile, ovvero abbia perso le caratteristiche (chilometraggio, vetustà etc.) indicate all'atto della presentazione della domanda, il partecipante dovrà obbligatoriamente indicare, un mezzo con caratteristiche analoghe o migliorative a

quello indicato nella domanda di partecipazione; l'assenza di tale dichiarazione impedirà il perfezionamento dell'atto.

Il riscontro, in fase ispettiva, di difformità rispetto a quanto richiesto dal presente avviso comporterà anch'esso il non perfezionamento della convenzione.

b) Personale:

Il personale da adibire al servizio dovrà avere idonea qualificazione, idonee condizioni di salute e valide capacità professionali e dovrà essere in numero sufficiente per assicurare la regolare esecuzione del servizio.

1. Il **soccorritore autista** deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- abilitazione alla guida secondo normativa di legge;
- conoscenza della zona abituale di operatività;
- formazione prevista per l'Operatore come indicato al successivo punto 2 del presente paragrafo;
- età minima 21 anni, età massima compimento dei 65 anni, deroghe al limite massimo di età a 70 anni sono ammesse su specifica certificazione redatta dal Direttore Sanitario dell'Associazione/Cooperativa che comprovi l'idoneità psicofisica alla guida dei mezzi di soccorso;
- attività prestata nell'ambito dell'Associazione/Cooperativa da almeno sei mesi.

2. Il **soccorritore** dovrà possedere i seguenti requisiti:

- conoscenza delle tecniche di primo soccorso, di rianimazione cardiopolmonare e utilizzo del DAE paziente adulto (BLS-D) soccorso del paziente traumatizzato (PTC base), paziente pediatrico PBLSD;
- età minima 18 anni e sei mesi (con almeno sei mesi pregressi di affiancamento), età massima compimento dei
- 65 anni, deroghe al limite massimo di età a 70 anni sono ammesse su specifica certificazione redatta dal Direttore Sanitario dell'Associazione/Cooperativa che comprovi l'idoneità psicofisica allo svolgimento dell'attività di soccorritore;
- attività di Soccorso prestata nelle Organizzazioni di Volontariato o presso le Cooperative Sociali per almeno sei mesi.

Gli operatori dovranno essere autorizzati a svolgere l'attività di soccorso oggetto della presente manifestazione di interesse, dal Direttore Sanitario dell'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale dopo il superamento dei corsi di formazione specifici (BLS-D base, PTC base e PBLSD);

Si specifica che il servizio oggetto del presente avviso dovrà essere svolto con il personale indicato, nel Modello C) unito al presente avviso, in possesso dei corsi formativi in corso di validità, richiesti dal bando, con un margine di tolleranza pari al 15% sul totale degli operatori elencati che presentano corsi scaduti da non oltre 6 mesi dalla data presentazione dell'istanza di partecipazione.

A tal fine si precisa che è necessario compilare integralmente il modello C) anche con i corsi scaduti da non oltre sei mesi dalla data di presentazione dell'istanza di partecipazione, nel quale dovrà essere indicata la programmazione degli stessi, che non dovrà essere superiore a 45 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di partecipazione.

Il numero degli operatori presente in ciascuna Organizzazione o Cooperativa Sociale dovrà essere congruo all'orario di servizio indicato e dovrà rispettare la normativa vigente in materia di lavoro a turni.

Si fa presente che i requisiti richiesti di ordine generale e tecnico per la partecipazione alla presente procedura dovranno essere in possesso degli ETS partecipanti alla data di presentazione dell'istanza, pena l'esclusione dalla presente procedura.

2. DIPENDENZA OPERATIVA

I mezzi in convenzione dovranno essere a disposizione esclusivamente delle Centrali Operative 118 per competenza e non potranno essere impiegati per nessun altro fine durante il periodo di convenzionamento.

3. RIMBORSI

Per ogni postazione affidata l'Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale ha diritto al rimborso delle spese sostenute secondo quanto previsto dalla convenzione regionale approvata con DGR 23/32 del 13.05.2026. Sono esclusi da rimborso i costi sostenuti per la formazione del personale che opererà nel servizio oggetto della presente procedura di assegnazione e le spese riguardanti l'emergenza COVID -19 indicate in convenzione, in quanto non più attuali.

La misura del rimborso riguardante il servizio attivo e chilometrico è calcolata sulla base dell'**Allegato 2)** – Rimborsi relativi al servizio dei mezzi di soccorso esclusivi per l'emergenza, così come adeguati dell'incremento ISTAT 2026, unito al presente documento.

ASSEGNAZIONE DEL SERVIZIO

In prima istanza ad ogni partecipante potrà essere assegnata una sola postazione.

Successivamente alla scadenza dei termini per la presentazione delle manifestazioni di interesse il Servizio Affari Generali e Legali, procederà d'ufficio all'istruttoria delle domande pervenute verificando la presenza dei requisiti di partecipazione richiesti;

Ad avvenuto esito delle suddette attività di verifica si provvederà sulla base delle domande pervenute e ritenute idonee, relativamente a ciascuna postazione oggetto del presente avviso, all'assegnazione della stessa tenendo conto dei criteri di seguito definiti in ordine di priorità:

- 1) Associazione di Volontariato o Cooperativa convenzionata che ha sede legale nel Comune nel quale insiste la postazione per la quale si concorre, privilegiando l'Associazione di Volontariato;
- 2) Nel caso in cui non sia pervenuta alcuna domanda da parte di Associazioni di Volontariato o Cooperative Sociali convenzionate con sede nel Comune in cui insiste la postazione 118, verrà valutata la distanza dalla sede legale del soggetto partecipante rispetto alla sede della postazione per la quale si concorre (l'effettiva distanza verrà stabilita attraverso l'applicazione "GoogleMaps" partendo dall'indirizzo della sede legale dell'associazione, verso il centro abitato oggetto di convenzione, considerando come mezzo di trasporto: "automobile");
- 3) A parità di requisiti di cui punto 1) o 2) sarà privilegiata l'Associazione di Volontariato che possiede l'attestazione di qualificazione ISO 9001/2015 e a seguire la Cooperativa Sociale che possiede la medesima attestazione;
- 4) A seguire sarà privilegiata l'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale che possiede un numero superiore di volontari/ dipendenti in possesso di una formazione aggiuntiva rispetto a quella di accesso alla convenzione regionale vigente. Tale formazione dovrà essere attinente al servizio emergenza – urgenza rispetto a quella minima richiesta. A parità di personale formato, verrà privilegiata l'Associazione di Volontariato;

In mancanza di domande di partecipazione da parte di soggetti già convenzionati con AREUS, la postazione potrà essere affidata anche ad Associazioni di Volontariato o Cooperative Sociali non convenzionate purché in possesso dei requisiti generali e tecnici richiesti e di esperienza almeno biennale nel settore, tenendo conto in caso di più istanze dei criteri di priorità sopra richiamati.

Per le postazioni 118 per le quali non risulta pervenuta alcuna manifestazione di interesse, o le istanze pervenute non siano state ritenute idonee, l'AREUS si riterrà libera di stabilire opportune convenzioni ai sensi della normativa vigente.

La stipula della convenzione o addendum alla convenzione già in essere è subordinata all'esito positivo delle verifiche delle dichiarazioni rese dalle Associazioni di Volontariato/ Cooperative Sociali in sede di partecipazione;

Il riscontro, in fase ispettiva, di difformità rispetto a quanto richiesto dal presente avviso comporterà la decadenza alla stipula della convenzione.

L'Amministrazione si riserva di sospendere o non assegnare la presente procedura motivatamente senza possibilità di pretesa alcuna in capo alle Organizzazioni di Volontariato o Cooperative Sociali partecipanti;

CHIARIMENTI.

Le richieste di chiarimento e/o informazioni complementari, dovranno essere trasmesse direttamente utilizzando il seguente indirizzo: roberta.serra@areus.sardegna.it

L'oggetto della mail di richiesta di chiarimento dovrà riportare la seguente dicitura: **"Richiesta chiarimenti in merito alla procedura di assegnazione delle postazioni 118 con mezzi di soccorso nell'ambito del piano per il potenziamento estivo anno 2026"**.

Le richieste dovranno pervenire **entro e non oltre il giorno** _____. L'Amministrazione risponderà a tutti i quesiti pervenuti entro il termine stabilito, significando che oltre tale termine questa Azienda non sarà tenuta a rispondere.

4. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

4.1 La domanda di partecipazione dovrà pervenire a pena di esclusione, a mezzo PEC al seguente indirizzo: terzosettore118@pec.areus.sardegna.it, perentoriamente entro il giorno _____

Nell'oggetto della PEC dovrà essere riportata esclusivamente la seguente dicitura: **"Manifestazione di interesse per l'affidamento della postazione _____ricompresa nel piano per il potenziamento estivo 2026 del servizio emergenza – urgenza 118"**.

Non verranno prese in considerazione le istanze pervenute oltre il termine sopra indicato e quelle non inviate a mezzo PEC.

5. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La PEC dovrà contenere la seguente documentazione:

- 1. istanza di partecipazione e dichiarazioni in merito al possesso dei requisiti (Modello A), sottoscritta dal legale rappresentante dell'Associazione di volontariato o Cooperativa Sociale concorrente, con allegata la copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore; la domanda potrà essere sottoscritta anche da un procuratore del legale rappresentante e, in tal caso, va allegata copia conforme all'originale della relativa procura;**

Nell'istanza di partecipazione e dichiarazione del possesso dei requisiti, redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il Rappresentante Legale dell'Associazione di volontariato o della Cooperativa Sociale assumendosene la piena responsabilità dichiara:

Per le Associazioni di Volontariato:

a) Per le Organizzazioni di Volontariato:

a.1) che alla data di presentazione della domanda l'Organizzazione di volontariato è iscritta, da almeno 6 mesi, nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore a far data dal _____ n. _____

b) Per le Cooperative sociali:

b.1) che la Cooperativa Sociale è di tipo A o C a mutualità prevalente (indicare il tipo di attività "A" o "C") _____;

b.2) che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno 6 mesi a far data dal _____ n. _____;

ovvero

b.2) che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta è iscritta nel registro delle imprese a far data _____ n. _____;

b.3) che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione _____;

b.4) che la Cooperativa ha sede legale e operatività in Sardegna;

Inoltre dichiara

- c) di essere in regola con gli obblighi contributivi previdenziali in caso di presenza di personale dipendente;
 - d) di concorrere per la seguente postazione di ambulanza (indicare la selettiva e/o la località in cui ha sede la postazione);
 - e) che ogni singola ambulanza, sia quella di normale uso, sia quella di riserva è dotata dell'attrezzatura standard elencata nell'**Allegato 4** alla convenzione 118 in essere approvata con D.G.R. 23/32 del 13.05.2026 allegato al presente avviso.
 - f) che nell'ambito della propria Associazione di volontariato o Cooperativa Sociale risulta un numero di unità di personale sufficiente a garantire la regolare gestione della postazione per la quale si concorre e che il medesimo personale, ha piena conoscenza del territorio in cui insiste la postazione prescelta.
 - g) di aver preso esatta cognizione, e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nella presente procedura di selezione;
 - h) di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove deve essere eseguita la prestazione;
 - i) che l'Associazione di Volontariato o Cooperativa Sociale, *non convenzionata con AREUS*, ha espletato nel settore dell'emergenza urgenza di base servizi di soccorso per la durata complessiva, anche se non continuativa, di anni 2, nell'ultimo quinquennio;
 - j) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Associazione o Cooperativa, verrà esclusa dalla procedura di selezione per la quale è rilasciata o, se risultata affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto da questa Azienda, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.;
 - k) di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito "Regolamento" o "GDPR") e di ogni normativa applicabile in riferimento al trattamento dei Dati Personali, nonché quanto disposto dall'art. 7 dell'avviso pubblico concernente la manifestazione di interesse in oggetto;
- 2.** dichiarazione, redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e sottoscritta dal Rappresentante Legale dell'Associazione di volontariato o della Cooperativa Sociale delle ambulanze destinate alla postazione per la quale si concorre, **(Modello B)** riportante:
- a) tipo di automezzo MSB b) tipo di utilizzo (normale uso o riserva); c) targa d) marca; e) modello f) chilometraggio percorso alla data di sottoscrizione della domanda di partecipazione ; g) Anno di immatricolazione; h) Data ultima revisione; i) Società Assicurazione; l) Data scadenza Assicurazione; m) Titolo di possesso (Proprietà/Leasing/Comodato d'uso/ altro.

E nella quale dichiara:

- che i mezzi di soccorso sopra riportati possiedono caratteristiche non inferiori a quelle prescritte per i mezzi a targa civile dalla vigente normativa per le ambulanze di tipo A (D.M. 17.12.1987 N. 553);
 - che la dotazione quantitativa e qualitativa delle attrezzature suddette non è inferiore agli standard previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionale, allegato 4) alla convenzione;
 - che le ambulanze in convenzione vengono sottoposte alle verifiche di legge, compresa la revisione annuale;
 - di impegnarsi a sostituire i mezzi sopra indicati in caso di avaria di qualunque tipo, con un mezzo di caratteristiche analoghe a quello offerto;
 - Che la disponibilità dei mezzi sopra indicati, non risulta impegnata nelle stesse fasce orarie nell'ambito di convenzioni con AREUS o altri Enti o Strutture Private.
- Allegare copia documento di identità in corso di validità.**
3. Dichiarazione redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in ordine al possesso dei requisiti, **modello C)**, con la quale il Rappresentante Legale dell'Associazione o Cooperativa Sociale dichiara:
 - che il personale elencato sarà dedicato all'espletamento del servizio emergenza urgenza 118 presso la postazione per la quale si concorre. Specificatamente dovranno essere indicati: nome, cognome, data di nascita, rapporto di lavoro, mansione dei volontari/dipendenti/soci volontari, data dei corsi BLS, PTC BASE, PBLSD, PROGRAMMAZIONE DI EVENTUALI CORSI SCADUTI E I CORSI AGGIUNTIVI. Dovrà inoltre essere indicato la data di iscrizione dei volontari all'Organizzazione di volontariato/Cooperativa Sociale.
 - Che la presenza degli stessi nei turni della postazione oggetto di interesse sarà assicurata nel rispetto della normativa vigente in materia di lavoro a turni;
 4. Procura Speciale comprovante la facoltà del sottoscrittore di impegnare il concorrente, nell'ipotesi in cui le dichiarazioni di cui ai precedenti punti siano state rese da un Procuratore speciale;
 5. Dichiarazione redatta ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con la quale il Rappresentante Legale dell'Organizzazione o Cooperativa Sociale dichiara, **utilizzando esclusivamente il Modello D)**, che il personale afferente alla propria Organizzazione/Cooperativa, di cui all'allegato C), possiede i requisiti di cui all'art. 4, comma 3, e comma 4) della convenzione e che ha maturato un'esperienza di almeno sei mesi presso lo stesso Ente del Terzo Settore partecipante alla presente procedura di assegnazione o presso altri Enti del Terzo Settore.
- Allegare copia documento di identità in corso di validità**
6. Procura Speciale comprovante la facoltà del sottoscrittore di impegnare il concorrente, nell'ipotesi in cui le dichiarazioni di cui ai precedenti punti siano state rese da un Procuratore speciale;
 7. Copia dei libretti di circolazione **con evidenza della data di revisione**, copia delle polizze assicurative dei mezzi messi a disposizione, nonché copia di idonea documentazione che certifichi la titolarità di tali mezzi (contratto di comodato d'uso, contratto di noleggio, contratto di leasing, ovvero contratto preliminare di acquisizione del mezzo e l'impegno a disporre degli stessi entro 15 giorni successivi alla data di comunicazione dell'assegnazione provvisoria del servizio, al fine di consentire le verifiche di competenza).
 8. Copia dei contratti delle polizze assicurative RTC/RCO e Infortuni stipulata dall'Organizzazione di Volontariato/Cooperativa Sociale a tutela degli operatori che svolgeranno il servizio oggetto della presente procedura, **corredata dell'ultima quietanza riferita all'anno in corso;**
 9. Attestati dei corsi di formazione aggiuntivi in possesso degli operatori elencati nel Modello C);
 10. Dichiarazione del Direttore Sanitario dell'Organizzazione/Cooperativa Sociale che autorizza il personale indicato nel Modello C) a svolgere il servizio emergenza – urgenza presso la postazione per la quale si concorre (art. 4 e 7) della Convenzione). A tal riguardo la dichiarazione del Direttore Sanitario dovrà essere prodotta utilizzando il **modello F)**;

11. Dichiarazione del Direttore Sanitario che attesti per gli operatori che abbiano compiuto il 65° anno, di età e fino al compimento del 70°anno, l' idoneità psicofisica allo svolgimento del servizio emergenza – urgenza e per gli autisti/soccorritori l' idoneità alla guida del mezzo di soccorso;
12. Verbale di nomina del Legale Rappresentante dell' Organizzazione/Cooperativa Sociale (da produrre solo nel caso di ETS NON CONVENZIONATO con AREUS o qualora vi sia stato una variazione del Presidente dell' ETS convenzionato e non sia stato ancora comunicato ad AREUS);
13. Documento di identità del Legale Rappresentante;
14. Per le Cooperative Sociali non iscritte al RUNTS dovranno trasmettere documentazione attestante l' iscrizione al registro delle imprese.

Le dichiarazioni di cui i punti 1,2,3,4 e 9) dovranno *essere esclusivamente* rese sui modelli **A), B) C) D), E) e F)**, allegati al presente avviso.

Nel caso in cui più operatori intendano concorrere in aggregazione tra di loro per una stessa postazione, la documentazione di cui ai punti 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14 del presente articolo dovranno essere prodotte da ciascuna operatore costituente l' aggregazione.

Inoltre gli stessi operatori dovranno produrre:

a) Una dichiarazione a firma congiunta in cui i Rappresentanti Legali degli operatori attestino la volontà di svolgere in regime di aggregazione oraria il servizio di emergenza – urgenza presso la postazione di interesse, indicando le fasce orarie che intendono ricoprire, attraverso la rispettiva compilazione del **Modello E)** da allegare alla documentazione sopra riportata;

In analogia all' art. 101 del D. Lgs. n. 36/2023, la mancanza, l' incompletezza e ogni altra irregolarità essenziale degli elementi di cui al presente articolo comporta il soccorso istruttorio. In tal caso al concorrente verrà assegnato un termine, non superiore a 4 giorni lavorativi, perché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie. L' inutile decorso del termine suddetto e l' incompletezza della documentazione trasmessa comporta l' esclusione del concorrente dalla procedura.

6. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

I dati raccolti necessari per le finalità legate all' espletamento della presente procedura e alla conseguente attività esecutiva verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, oltre che per l' adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia e alla conseguente esecuzione della convenzione e saranno trattati, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito "Regolamento" o "GDPR") e di ogni normativa applicabile in riferimento al trattamento dei Dati Personali.

Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, integrità, e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti manuali e/o informatici e telematici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l' integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

I dati non saranno in nessun caso oggetto di diffusione né di comunicazione all' esterno delle strutture dell' Ente, se non nei casi espressamente autorizzati dall' interessato o nei casi previsti dalla legge e necessari all' adempimento del servizio (ad esempio la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente", nonché nelle ulteriori ipotesi previste in materia di trasparenza ed anticorruzione).

Il Titolare del trattamento dei dati è l' Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna, con sede legale in via Luigi Oggiano n. 25, Nuoro, Loc. "Su Nuraghe", nella persona del Legale rappresentante pro tempore. Il responsabile della protezione dei dati è l' Avvocato Massimo Caredda.

Il Titolare del Trattamento adotterà tutte le necessarie misure di sicurezza al fine di ridurre al minimo i rischi di distruzione o di perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non

autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità indicate nel presente documento nel pieno rispetto dell'art. 32 del GDPR.

Il trattamento sarà svolto esclusivamente da soggetti a ciò debitamente autorizzati dal Titolare, in ossequio alle disposizioni della normativa applicabile.

I Dati saranno conservati per tutto il tempo necessario allo svolgimento della procedura di concorso e in ragione delle potenziali azioni legali esercitabili, ovvero, in caso di pendenza di una controversia, fino al passaggio in giudicato della relativa sentenza.

Successivamente, alla conclusione del procedimento amministrativo o giudiziario, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione prevista per la Pubblica Amministrazione.

Inoltre, si specifica che il Titolare potrebbe essere obbligato a conservare i Dati Personali per un periodo più lungo in ottemperanza ad un obbligo di legge o per ordine di un'Autorità.

Al termine del periodo di conservazione i Dati Personali saranno cancellati. Pertanto, allo spirare di tale termine i diritti dell'interessato (ad esempio diritto di accesso, cancellazione, rettifica, ecc.) non potranno più essere esercitati.

Nuoro _____

Il Direttore Generale AREUS
F.to Dott. Angelo Maria Serusi

Documenti allegati al presente avviso:

- Allegato 1) – Standard attrezzature e materiale di consumo delle ambulanze per il soccorso sanitario di primo soccorso o soccorso di base (Allegato 4 alla convenzione approvata con D.G.R. 23/32 del 13.05.2026;
- Allegato 2) – Tabella A – Rimborsi relativi al servizio dei mezzi di soccorso esclusivi per l'emergenza;
- Allegato 7) - alla D.G.R. 23/32 del 13.05.2026 - Rimborso bombole di ossigeno;

Modulistica:

- Modello A) – Istanza di partecipazione e dichiarazione dei requisiti;
- Modello B) – Dichiarazione mezzi di soccorso;
- Modello C) – Dichiarazione contenente l'elenco del personale afferente alla postazione per la quale si concorre.
- Modello D) – Dichiarazione attestante i requisiti di esperienza del personale nel ruolo di autista/soccorritore e soccorritore;
- Modello E) – Modalità del Servizio in caso di aggregazione oraria.
- Modello F) – Dichiarazione del Direttore Sanitario



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 1)

Allegato 4

STANDARD DI ATTREZZATURE E MATERIALE DI CONSUMO DELLE AMBULANZE PER IL SOCCORSO SANITARIO DI PRIMO SOCCORSO E SOCCORSO DI BASE

Gli standard sottoindicati sono da riferirsi sia ai mezzi messi a disposizione dalle aziende sanitarie che a quelli delle organizzazioni di volontariato che svolgano attività di soccorso sanitario extraospedaliero.

Ambulanze di Tipo A di primo soccorso o soccorso di base

Mezzo autorizzato al primo soccorso e trasferimento di infermi e infortunati che necessitano di semplici manovre assistenziali:

- barella autocaricante con cinture
- faro estraibile
- n. 1 estintore da 3 kg posizionato nell'abitacolo e N°1 estintore da 1 kg nel vano sanitario
- cassetta arnesi da scasso con cima
- aspiratore di secreti portatile con cannule rigide
- sondini di aspirazione (varie misure)
- 2 bombole di O₂ da 1500 Litri cadauna (riduttore di pressione, manometro, attacchi a parete, con mascherine facciali e occhialini)
- barella portantina
- barella cucchiaio con cinture di sicurezza
- bombola portatile di O₂ con riduttore di pressione e manometro
- contenitore aghi usati
- contenitore rifiuti speciali
- padella e pappagallo
- pallone di Ambu (adulto e pediatrico) con maschere di varie misure e reservoir
- cannule orofaringee (tutte le varie misure)
- telo ustionati
- telo termoisolante (metallina)
- telo di vinile
- telo antifiamma
- maschera per ossigeno terapia con reservoir



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- coperte e lenzuola di ricambio
- guanti in lattice monouso sterili e non
- serie collari cervicali rigidi
- serie stecco-bende per immobilizzazione degli arti
- cassetta di medicazione (disinfettanti, soluzione fisiologica, garze, bende, guanti, teli sterili, ecc.)
- materassino a depressione (opzionale)
- barella spinale completa di fermacapo e cinghie di immobilizzazione tipo ragno
- estricatore a corsetto tipo "Ked"
- forbici tipo Robin
- termometro timpanico
- sfigmomanometro digitale
- fonendoscopio
- pulsossimetro
- DAE completo di placche adulti e pediatriche
- radio veicolare e portatile
- Navigatore satellitare con cartografia

STANDARD DI ATTREZZATURE DI PROTEZIONE

Protezione individuale

Tutti gli operatori del 118 sono tenuti a indossare durante le operazioni di soccorso i seguenti presidi di protezione individuale:

- giaccone pesante o giubbino, pantaloni pesanti, in regola con la normativa vigente, con chiara indicazione della qualifica dell'operatore e recante il logo 118 Regione Sardegna (come indicato in convenzione);
- scarpe da lavoro antinfortunistiche;
- pila tascabile.

A disposizione sul mezzo di soccorso:

- mascherine di protezione con visiera;
- guanti da lavoro in cuoio;
- casco di protezione da lavoro.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla deliberazione G.R. n. 36/45 del 31.08.2021

Allegato 2

**RIMBORSI RELATIVI AL SERVIZIO DEI MEZZI DI SOCCORSO ESCLUSIVI PER L'EMERGENZA
(Tabella A – Tabella B)**

(adeguamento ISTAT 2026)

TABELLA A

TIPOLOGIE DI SERVIZIO	RIMBORSO ORARIO FORFETTARIO	RIMBORSO ANNUO FORFETTARIO
Servizio Attivo NON H24	16,24 €	
Servizio in Reperibilità (20% del Servizio Attivo)	3,27 €	
Servizio Attivo in H 24	20,91 €	€ 183.171,60
Servizio in Reperibilità H24 (30% Servizio Attivo)	6,28 €	
Servizio Attivo in H24 con Certificazione ISO 9001/2008	22,53 €	€ 197.362,80
Disponibilità oraria Servizio Attivo Extra Convenzione	16,24 €	
Disponibilità oraria Servizio Reperibilità Extra Convenzione	3,27 €	

TABELLA B

RIMBORSO KM AD INTERVENTO		
Da 0 a 15 Km	20,50 €	Quota di Chiamata Urbana Forfetaria
Da 16 a 25 Km	26,33 €	Quota di Chiamata Extraurbana Forfetaria
oltre i 25 Km	1,01 €	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla deliberazione G.R. n. 36/45 del 31.08.2021

Allegato 7

RIMBORSO BOMBOLE DI OSSIGENO

TIPOLOGIA BOMBOLA	COSTO UNITARIO
OSSIGENO SLI* 200 BAR 5 LT	€ 6,60 + IVA al 4%
OSSIGENO *COMPR 200 BAR 7 LT VALV MC 1,54 COD. P2108BCCH AIC 039017278	€ 9,20 + IVA al 4€

Spett.le A.R.E.U.S.
Via Oggiano, 25 – 08100 Nuoro
PEC : protocollogenerale@pec.areus.sardegna.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONI IN ORDINE AL POSSESSO DEI REQUISITI
(artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000)

OGGETTO: Manifestazione di interesse, rivolta agli ETS che operano nel settore trasporto con ambulanza, per l'affidamento di una postazione avanzata infermieristica ricompresa nel piano di riorganizzazione della rete territoriale di mezzi ed equipaggi del servizio di soccorso sanitario pre-ospedaliero 118.

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____, residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ in qualità di _____

dell'Associazione di Volontariato/ Cooperativa Sociale denominata _____

C.F/ P.IVA _____ con sede legale in

_____, in Via _____,

PEC _____ email _____

TEL. _____

CHIEDE

Di partecipare alla procedura in oggetto come:

- Organizzazione di volontariato;
- Cooperativa Sociale

A tal fine ai sensi degli articoli 46, 47 e 77-bis del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo d.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

Di concorrere per la seguente postazione:

POSTAZIONE AVANZATA INFERMIERISTICA INDIA (indicare la località di interesse)	OPERATIVITA' (indicare la disponibilità oraria richiesta dal piano di potenziamento estivo)

POSTAZIONE DI BASE (MSB) (indicare la località di interesse)	OPERATIVITA' (indicare la disponibilità oraria richiesta dal piano di potenziamento estivo)

a) Per le Organizzazioni di Volontariato:

a.1) che alla data di presentazione della domanda l'Organizzazione di volontariato è iscritta, da almeno 6 mesi, nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore data _____ n. registrazione _____

b) Per le Cooperative sociali

b. 1) che la Cooperativa Sociale è di tipo _____ (indicare il tipo di attività "A" o "C" a mutualità prevalente ;

b.2) che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore da almeno 6 mesi a far data dal _____ n. _____;

ovvero

b. 2) che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta nel registro delle imprese a far data dal _____ n. _____;

b.3) che alla data di presentazione della domanda la Cooperativa Sociale risulta iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezioni "A" o "C" della Regione Sardegna per un periodo di almeno sei mesi, numero _____ data di registrazione _____

b.5) che la Cooperativa ha sede legale e operatività in Sardegna;

Inoltre dichiara:

c) di essere in regola con gli obblighi contributivi previdenziali in caso di presenza di personale dipendente;

d) che ogni singola ambulanza, sia quella di normale uso, sia quella di riserva è dotata dell'attrezzatura standard elencata nell'**Allegato 4 alla convenzione 118 approvata con D.G.R. 36/45 del 31.08.2021**) unito al presente avviso pubblico.

e) che nell'ambito della propria organizzazione di volontariato cooperativa sociale (**barrare solo la voce che interessa**) risulta un numero di unità di personale sufficiente a garantire la regolare gestione della postazione per la quale si concorre e che il medesimo personale ha piena conoscenza del territorio in cui insiste la postazione prescelta.

f) di aver preso esatta cognizione, e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nella presente procedura di selezione;

g) di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove deve essere eseguita la prestazione;

h) **Solo per le Associazioni di Volontariato e Cooperative Sociali non convenzionate con AREUS)** di aver espletato nel settore dell'emergenza urgenza 118 di base servizi per la durata complessiva anche se non continuativa di anni 2 nell'ultimo quinquennio ;

Elencare i servizi di soccorso effettuati nel settore dell'emergenza – urgenza 118 e la durata:

1) Ente/Struttura _____ affidataria _____ tipo _____ di servizio _____ durata del servizio dal _____ al _____;

- 2) Ente/Struttura affidataria _____ tipo di servizio _____ durata del servizio dal _____ al _____;
- 3) Ente/Struttura affidataria _____ tipo di servizio _____ durata del servizio dal _____ al _____;
- 4) Ente/Struttura affidataria _____ tipo di servizio _____ durata del servizio dal _____ al _____;

- i) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Organizzazione di Volontariato o Cooperativa Sociale verrà esclusa dalla procedura di selezione per la quale è rilasciata o, se risultata affidataria, decadrà dall'affidamento medesimo che verrà annullato e/o revocato; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula della convenzione, questa potrà essere risolta di diritto dall'Amministrazione appaltante ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.
- j) di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito "Regolamento" o "GDPR") e di ogni normativa applicabile in riferimento al trattamento dei Dati Personali, e secondo quanto disposto dall'art. 7 dell'avviso pubblico concernente la manifestazione di interesse in oggetto.

Data _____

**Firma del Legale Rappresentante
e timbro dell'Organizzazione di Volontariato
/Cooperativa Sociale**

Allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

Organizzazione di Volontariato /Cooperativa Sociale
 MEZZI DI SOCCORSO
 Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38,46 e47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
 codice fiscale _____ in qualità di _____
 Cooperativa Sociale _____ dell'Associazione di Volontariato _____
 Via _____ n. _____ CF/P.IVA _____
 con sede legale in _____
 partecipante per la postazione _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che i mezzi di soccorso messi a disposizione per lo svolgimento del servizio nella postazione 118 di interesse, sono conformi a quanto previsto dall' art. 1.2. lett. a) dell'avviso pubblico e sono i seguenti:

N	Tipo Automezzo MSB	Tipo Utilizzo (Normale Utilizzo o Riserva)	Targa	Marca	Modello	Kilometraggio (alla data di sottoscrizione dell'allegato)	Anno di immatricolazione	Data ultima revisione	Società Assicurazione	Data Scadenza Assicurazione	Titolo di possesso (Proprietà/ Leasing/ comodato d'uso/altro)
1											
2											
3											
4											
5											

a) che il/i mezzo/i di soccorso sopra riportati possiedono caratteristiche non inferiori a quelle prescritte per i mezzi a targa civile dalla vigente normativa per le ambulanze di tipo A (D.M 17.12.1987, n°553)

b) che la dotazione quantitativa e qualitativa delle attrezzature suddette non è inferiore agli standard previsti dagli atti di programmazione sanitaria regionale, allegato 4) alla convenzione regionale vigente.

c) che le ambulanze in convenzione vengono sottoposte alle verifiche di legge, compresa la revisione annuale

d) di impegnarsi a sostituire i mezzi sopra indicati in caso di avaria di qualunque tipo, con un mezzo di caratteristiche analoghe a quello offerto

e) che la disponibilità dei mezzi di soccorso sopra indicati, non risulta impegnata nelle stesse fasce orarie nell'ambito di convenzioni con AREUS o altri Enti e Strutture private

data _____
 Firma del Legale Rappresentante _____
 Imbro dell'Associazione di Volontariato/Cooperativa Sociale _____

NOTA: LIMITI DI UTILIZZO funzionali alla sottoscrizione della convenzione così come disposto dal DGR n°36/45 del 31.08.2021

Tipo Automezzo	Tipo Utilizzo	LIMITE ANNI DI IMMATRICOLAZIONE
MSB (MEZZO DI SOCCORSO DI BASE)	NORMALE USO	<8
MSB (MEZZO DI SOCCORSO DI BASE)	RISERVA	<11

ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

				ETS: Periodo dal _____ al _____
				ETS: Periodo dal _____ al _____

(luogo, data)

**Firma del Legale Rappresentante
e timbro dell'Organizzazione/Cooperativa**

Allegare documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO NELL'AMBITO DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE DI BASE, DELLA POSTAZIONE 118 PRESSO IL COMUNE DI _____ -

Modalità di Servizio

L' Organizzazione di Volontariato/Cooperativa Sociale _____				
Selettiva Radio				
su indicazione della Centrale Operativa di competenza si impegna a garantire il Servizio 118 come di seguito specificato :				
Ambito territoriale di competenza _____	Base operativa di partenza _____		Aggregazione H24 con _____	
IMPEGNO SETTIMANALE	SERVIZIO ATTIVO PRONTA DISPONIBILITA' PRESSO LA SEDE OPERATIVA DI _____			
Lunedì	dalle ore		alle ore	
Martedì	dalle ore		alle ore	
Mercoledì	dalle ore		alle ore	
Giovedì	dalle ore		alle ore	
Venerdì	dalle ore		alle ore	
Sabato	dalle ore		alle ore	
Domenica	dalle ore		alle ore	

data _____

Firma del Legale Rappresentante

--

N.B: DA COMPILARE SOLO IN CASO DI AGGREGAZIONE DISPONIBILITA' ORARIA DA CIASCUN ENTE DEL TERZO SETTORE COSTITUENTE L'AGGREGAZIONE

DICHIARAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DELL'ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO/COOPERATIVA SOCIALE

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

Il _____, residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____, PEC _____

_____ email _____

TEL. _____ in qualità di Direttore Sanitario

dell'Organizzazione di Volontariato/ Cooperativa Sociale denominata _____

C.F./ P.IVA _____ con sede legale in _____

_____ in Via _____

C.A.P. _____

DICHIARA

a norma del combinato disposto dall'art. 4) e dall'art. 7) della convenzione regionale vigente, sotto la propria responsabilità, che il personale elencato nel modello C) alla manifestazione di interesse per l'affidamento del servizio pre- ospedaliero con sede nel comune di _____ afferente all'Organizzazione di Volontariato/ Cooperativa Sociale _____ è in possesso dei corsi di formazione specifici (BLS-D, PTC BASE, PBLSD), in corso di validità, nonché dell'idoneità psicofisica all'espletamento di tale servizio e pertanto autorizza lo stesso personale a svolgere il servizio emergenza – urgenza, presso la postazione di interesse.

Data _____

Firma e Timbro del Direttore Sanitario
