**ALLEGATO A: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Spett.le

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

(ASST) OVEST MILANESE

Via Papa Giovanni XXIII

10025 - LEGNANO

Indirizzo PEC: direzionesociosanitaria@pec.asst-ovestmi.it

**OGGETTO: Istanza di manifestazione di interesse per la partecipazione alla selezione dei soggetti del Terzo Settore disponibili a prendere parte dei costituendi Organismi Consultivi Distrettuali da istituire in ASST Ovest Milanese, come previsto dalla DGR XI/6760 del 25 luglio 2022 di *“Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del D.M. 23 maggio 2022, n. 77 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”***

Il sottoscritto ............................................... nato il ........................ a ............................... e residente in ............ via ................................ n. ..... codice fiscale.......................................... in qualità di ............................... dell’Ente/Associazione ................................................................ con sede legale in ..................... via ................... sede operativa in .........................via ....................... codice fiscale n. ................... partita IVA n. ..................

Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:

Domicilio eletto: Via ……………………… n. ….. Località ………………….. CAP ………………

telefono ................... e-mail (PEC) ………......................

**sotto la propria responsabilità – a norma degli articoli 46-47 del DPR 28.12.2000 n. 445 - e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),**

**MANIFESTA**

il proprio interesse a partecipare alla selezione in oggetto per il DISTRETTO:

(barrare una sola delle opzioni)

* ABBIATENSE
* LEGNANESE
* CASTANESE
* MAGENTINO

**e DICHIARA**

1. che l’Ente/Associazione di cui è rappresentante legale:

* Opera nelle seguenti aree funzionali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Il numero di iscritti alla data di presentazione dell’istanza è di \_\_\_\_\_\_
* Opera nei seguenti distretti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Opera a far tempo dal \_\_\_\_\_\_\_
* Collabora con i seguenti servizi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo ASST Ovest Milanese che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa ASST si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa;

3. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce prova di possesso dei requisiti generali e speciali richiesti per l’affidamento.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, dichiaro di essere consapevole che i dati forniti saranno trattati per le sole finalità riguardanti la presente richiesta.

(Località) ……………………., li …………………

 TIMBRO e FIRMA ………………………………

Allegare copia di un documento di identità del dichiarante, in corso di validità