

Modulo di domanda

Alla Asl di Frosinone

Pec: tsmree.frosinone@pec.aslfrosinone.it

Oggetto: Avviso Pubblico - INVITO A MANIFESTARE L'INTERESSE **RIVOLTO A STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE** INTERESSATE AD ESSERE INSERITE IN UN ELENCO DI PARTNER (**SHORT LIST**) DELLA ASL DI FROSINONE PER L'IMPLEMENTAZIONE DELL'OFFERTA DI **TRATTAMENTI RIABILITATIVI, DOMICILIARI e AMBULATORIALI**, PER SOGGETTI CON **DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO** MEDIANTE INTERVENTI COMPORTAMENTALI BASATI SULL'ANALISI DEL COMPORTAMENTO APPLICATA (metodo **ABA**).

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____, C.F. _____ in qualità di _____ (legale rappresentante) della società (ragione sociale) _____, con sede in via/piazza _____, cap. _____, città _____, p.iva _____, telefono _____, e-mail _____, pec _____

presa visione dell'avviso pubblico di cui in oggetto emesso da Codesta Azienda e allegato alla delibera DG n. _____ del _____ finalizzato all'individuazione di partner per l'implementazione dell'offerta di trattamenti riabilitativi domiciliari per soggetti con disturbo dello spettro autistico mediante interventi comportamentali basati sull'analisi del comportamento applicata (ABA), consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria e personale responsabilità ai sensi degli Art. 46 e 47 DPR 445/200, come modificati dalla L. 183/2011,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti generali e specifici richiesti per la partecipazione all'avviso pubblico di cui in oggetto;
- il proprio interesse ad essere inserito nell'elenco dei soggetti partner della Asl di Frosinone (short list) chiamati eventualmente, esclusivamente su richiesta della Asl di Frosinone, a sottoscrivere un accordo per l'erogazione dei trattamenti riabilitativi di cui all'avviso pubblico in oggetto;
- di prendere atto che l'eventuale accordo, stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. 502/1992, non potrà in alcun modo e per nessun motivo costituire un diritto a vedersi riconosciuto un aumento dei rispettivi livelli massimi di finanziamento annui delle prestazioni sanitarie rese in qualità di strutture private accreditate del servizio sanitario regionale. Le prestazioni di cui all'eventuale accordo sono quindi da intendersi nettamente separate, sia in termini di tipologia di attività che di finanziamento dalle prestazioni rese dai medesimi centri in forza degli accordi contrattuali sottoscritti con questa Azienda in regime di accreditamento istituzionale provvisorio e/o definitivo;

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo/PEC, sollevando codesta Azienda da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione di quanto indicato nella domanda.

Allega:

1. Fotocopia documento riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;

2. Eventuale procura notarile (originale o copia autenticata) in caso di delega alla sottoscrizione della presente manifestazione di interesse;

3. Autocertificazione, ai sensi degli Art. 46 e 47 DPR 445/200, come modificati dalla L. 183/2011, di essere in possesso dei requisiti generali e specifici richiesti per la partecipazione all'avviso di cui in oggetto, riportando nel dettaglio i seguenti dati necessari per i controlli di regolarità e permanenza dei requisiti:

1)Requisiti generali:

a) estremi dell'iscrizione nell'elenco delle strutture sanitarie private accreditate e assenza di procedure di cancellazione in corso;

b) Elenco nominativo dell'equipe di professionisti composta da Tecnici della riabilitazione comportamentale (Terapista ABA/RBT) e Analisti del comportamento (Supervisore);

c) esperienza documentata degli operatori afferenti al centro nel trattamento dei pazienti in fascia evolutiva con disturbi dello spettro autistico mediante interventi comportamentali basati sull'analisi del comportamento applicata, come specificato nei requisiti specifici;

d) sede operativa nell'ambito territoriale di competenza della Asl di Frosinone;

e) estremi della idonea polizza assicurativa da parte dei professionisti a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'azienda, per l'uso del mezzo proprio, nonché polizza assicurativa RCT, esonerando l'azienda Asl Frosinone da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto del presente avviso.

f) estremi dell'iscrizione al sistema pagamenti SSR, emissione di fatture elettroniche a seguito di ordine di acquisto tramite il nodo di smistamento degli ordini (NSO).

2) Requisiti ulteriori specifici dei professionisti che costituiscono l'equipe e che devono essere in rapporto di dipendenza o di tipo libero professionale con la struttura privata accreditata ex art. 26 L. 833/1978:

a) iscrizione nell'Elenco Regionale dei professionisti con competenze ed esperienza nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico di cui all'art. 3 del Regolamento Regione Lazio n. 1 del 15 gennaio 2019 "Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori in età evolutiva prescolare nello spettro autistico" e Regolamento Regione Lazio n. 13 del 15 settembre 2022 "Modifiche al regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 (Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico) e successive modifiche e al regolamento regionale 22 giugno 2020, n. 16 (Modifiche al regolamento regionale 15 gennaio 2019, n.1). Disposizioni transitorie", **ovvero, in subordine ed in caso di carenza di operatori iscritti nel citato Elenco Regionale, i Centri inseriti nella elaboranda short list, potranno avvalersi di operatori che renderanno** dichiarazione (valida ai sensi del D.P.R. n. 445/2000) del *possesso dei requisiti richiesti per l'iscrizione al medesimo*

elenco e dell'avvio del procedimento di iscrizione all'Elenco Regionale o che lo stesso è già in corso di perfezionamento.

Luogo _____, data _____

Firma legale rappresentante
