



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA STIPULA DI RAPPORTI DI
CONVENZIONE PER L’AFFIDAMENTO AGLI ENTI DI TERZO SETTORE
DEL SERVIZIO PER L’ATTIVITÀ DI PRIMO SOCCORSO NON
MEDICALIZZATO CON AMBULANZA**

Premesso che:

- Al fine di accelerare la somministrazione del Vaccino Sars CoV-2-Covid19 questa Azienda ha previsto ed attuato l’attivazione dei Centri Vaccinali permanenti nei comuni di Vibo Valentia, Filadelfia, Ricadi, Serra San Bruno e Pizzo, nonché l’attivazione di postazioni mobili sui territori comunali;
- l’attività di primo soccorso nelle prestazioni domiciliari viene garantita dalla presenza di strumentazione a bordo dei veicoli e da operatori sanitari, mentre all’interno dei centri vaccinali permanenti (hub) vista la presenza di operatori sanitari in loco l’attività di primo soccorso non medicalizzato con ambulanza, è attualmente gestita dai Volontari afferenti al Dipartimento della Protezione Civile – Regione Calabria nelle more dell’espletamento della presente procedura;
- è facoltà di questa Azienda procedere alla stipula di convenzione con gli Enti pubblici e/o privati di cui all’art. 4 del D.lgs. 117/2017 e smi per procedere all’affido del servizio relativo all’attività di primo soccorso non medicalizzato con ambulanza;

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia pubblica la presente manifestazione di interesse per la stipula di rapporti di convenzione per l’affidamento agli enti di terzo settore del servizio per l’attività di primo soccorso non medicalizzato con ambulanza in convenzione per un periodo di mesi 3 (tre) e comunque fino al 30/09/2021, eventualmente rinnovabile per altri mesi 3 (tre) alle medesime condizioni.

La presente procedura ai fini della pubblicità degli atti sarà inserita sul sito internet aziendale all’indirizzo www.aspvv.it

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

1. REQUISITI DI AMMISSIONE

- 1.1. Alla manifestazione di interesse possono accedere gli enti pubblici e/o privati di cui all'art. 4 del D.lgs. 117/2017 e smi, che si trovino in possesso di tutti i seguenti requisiti:
- a) Iscrizione al RUNTS (L.R. n° 33/2012 e smi e D.lgs. 117/2017 e smi);
 - b) Disponibilità a qualsiasi titolo e per tutta la durata del servizio previsto in convenzione, di n. 1 Ambulanza per postazione con relativo equipaggio non medicalizzato. Il partecipante si impegnerà inoltre, in caso di avaria del mezzo offerto, alla sostituzione del mezzo con uno con analoghe caratteristiche per tutto il periodo dell'avaria, entro un'ora dall'accertamento dell'avaria.
 - c) Assenza di condanne penali passate in giudicato, relativamente a tutti i soggetti titolari della rappresentanza legale e/o titolari della capacità di impegnare l'Ente di volontariato verso terzi;
 - d) Presenza nello statuto di almeno una delle attività di interesse generale di cui all'arti. 5 comma b), c), y) del D.lgs. 117/2017 e smi.

2. VIGILANZA E CONTROLLO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia si riserva la facoltà di disporre verifiche e controlli ogni volta che lo riterrà opportuno su tutti gli aspetti tecnici e professionali del servizio.

3. GESTIONE OPERATIVA

La gestione operativa del mezzo è a cura del SUEM 118, e non potrà essere impiegato per nessun altro fine durante l'attività. I convenzionati non potranno ricevere e gestire in proprio le chiamate di soccorso, né pubblicizzare a tal fine il proprio recapito telefonico. I convenzionati dovranno adeguarsi ai protocolli operativi del SUEM 118.

4. ASSEGNAZIONE DEL SERVIZIO

L'ASP di Vibo Valentia procederà all'esame e la valutazione delle manifestazioni di interesse pervenute attraverso una commissione tecnica all'uopo costituita dal Commissario Straordinario. La valutazione verterà sull'analisi della coerenza, attinenza, rilevanza e fattibilità della modalità di erogazione dell'Attività presentata attraverso gli allegati 4 e 5 di cui al comma 6 del presente Avviso. Il servizio verrà affidato attraverso apposita convenzione per una o più Postazioni ai sensi della vigente normativa. Il soggetto risultato affidatario del servizio dovrà tempestivamente presentare tutta la documentazione probatoria se ritenuto necessario dall'Amministrazione per la verifica di quanto dichiarato.

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

5. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La domanda, redatta in lingua italiana, dovrà pervenire, pena esclusione, all'Ufficio protocollo della Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia via Dante Alighieri 67 89900 Vibo Valentia entro le ore 12 dal 5°giorno dalla data di pubblicazione del presente bando sull'albo pretorio elettronico aziendale. Qualora la domanda non pervenisse entro il predetto termine la stessa verrà considerata nulla ad ogni effetto. La domanda potrà essere presentata brevi manu all'Ufficio Protocollo Aziendale dal lunedì al Venerdì dalle 09:00 alle 12:00 oppure inviata attraverso Posta Elettronica Certificata all'indirizzo aspvibovalentia@pec.it

6. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda, redatta secondo il modello allegato e intestata al Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, dovrà recare in oggetto la seguente dicitura "Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'assegnazione dell'attività di primo soccorso con ambulanza nei centri vaccinali di competenza dell'ASP di Vibo Valentia", dovrà inoltre contenere le seguenti informazioni:

- Denominazione o ragione sociale dell'Ente;
- Sede Legale
- Codice Fiscale / P.IVA;
- Indirizzo di Posta Elettronica Certificata;
- Indirizzo di Posta Elettronica ordinaria;
- Indicazione del legale rappresentante con relativo contatto telefonico;
- Indicazione, se presenti, delle articolazioni territoriali;

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- **Allegato 1** - dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con allegata copia del documento di identità, di:
 - essere in possesso degli automezzi di soccorso a qualsiasi titolo;
 - essere in grado di fornire gli operatori per ogni postazione;
 - non aver condanne penali passate in giudicato.

N.B. Si rammenta che la falsa dichiarazione:

- comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000;
- costituisce causa d'esclusione dalla partecipazione a successive procedure di selezione indette da Pubbliche Amministrazioni sarà causa di segnalazione alle competenti Autorità giudiziarie.

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

In ordine alla veridicità delle dichiarazioni, l'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere, qualora emergano elementi tali da indurre specifici approfondimenti, ulteriori verifiche di ufficio.

- **Allegato 2** - Indicazione esatta della/delle postazione/i per cui si vuole partecipare, debitamente sottoscritta dal rappresentante legale⁽¹⁾;
- **Allegato 3** - Certificato comprovante l'iscrizione al RUNTS o a registro equivalente nelle more di iscrizione al RUNTS.
- **Allegato 4** - Relazione tecnica-organizzativa contenente un'esaustiva e completa relazione sulle modalità di gestione ed organizzazione del servizio da svolgere, la manutenzione e le dotazioni dei mezzi con l'indicazione della relativa targa, le modalità con cui viene gestito e formato il personale operante.
- **Allegato 5** - Offerta economica con relativa relazione in funzione dell'allegato 4 con indicatori economici che permettano l'eventuale calcolo dell'attività supplementare rispetto a quella indicata nella tabella 1.
- **Allegato 6** - AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011) Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445).
- **Allegato 7** - Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge 13 Agosto 2010, n. 136.

Nel caso in cui l'Ente, o la RTI, sia già impegnato in attività in convenzione con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia o con altre Aziende Sanitarie, o che svolgano a qualunque titolo servizio in convenzione con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia o con altre Aziende pubbliche non potrà impiegare gli stessi veicoli già utilizzati nell'ambito delle vigenti convenzioni.

In merito alla veridicità di quanto dichiarato dal partecipante l'Amministrazione rimane facoltativa ad effettuare, a campione, gli accertamenti ritenuti più opportuni secondo le modalità previste dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 ovvero sulla base delle disposizioni eventualmente contenute nei propri regolamenti interni.

7. RISORSE FINANZIARIE E COSTI IMPUTABILI

Ai sensi degli artt. 56 e 57 del D.lgs. 117/2017 e s.m.i., all'Ente pubblico e/o privato di cui all'Art. 1 c. 1.1 del presente avviso è previsto esclusivamente l'erogazione del rimborso per le spese effettivamente sostenute e documentate, imputabili direttamente all'attività oggetto del presente avviso, in particolare rientrano nei costi rimborsabili:

- a) L'assunzione, sotto qualsivoglia forma, di personale da impiegare nell'attività secondo il rapporto previsto dalle norme vigenti in materia;

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

- b) La copertura assicurativa obbligatoria prevista dall'art. 18 del D.lgs. 117/2017 e s.m.i. per il periodo di attività convenzionato;
- c) I rimborsi ai Volontari per pasto e carburante (da devolvere anche sotto forma di buoni pasto/carburante elettronici);
- d) Materiali direttamente connessi all'attività oggetto del presente avviso;
- e) Carburante, manutenzione e revisione di automezzi e attrezzature, oneri relativi all'assicurazione obbligatoria e prescritta;
- f) Spese telefoniche, pulizia di eventuali locali.

I rimborsi possono avere ad oggetto solo costi fatturati e rendicontati con esclusione di qualsiasi attribuzione a titolo di maggiorazione, accantonamento, ricarico o simili. Il budget massimo e complessivo messo a disposizione per il rimborso delle spese per l'espletamento dell'attività è di € 78.000,00 dicasi euro settantottomila/00 onnicomprensivi. Nessun utile è previsto per l'Organizzazione/i di cui al presente Avviso. La somma spettante verrà corrisposta dietro presentazione di documentazione contabile con il dettaglio delle voci di spesa.

Eventuali spese straordinarie dovranno essere concordate ed autorizzate dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

8. CHIARIMENTI SULLA PROCEDURA E COMUNICAZIONI

Le richieste di chiarimento, formulate in lingua italiana, dovranno essere trasmesse dal lunedì al venerdì esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata dirgenerale@aspvv.it e dovranno pervenire entro e non oltre il terzo giorno antecedente il termine fissato per la ricezione delle domande.

9. TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 i proponenti prestano il proprio consenso al trattamento dei dati personali all'esclusivo fine della gestione amministrativa e contabile delle procedure collegate al presente Avviso.

⁽¹⁾ N.B. l'indicazione della postazione non costituisce per l'ASP di Vibo Valentia obbligo di assegnazione sulla specifica postazione

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**
TABELLA 1.

Le Postazioni, con la relativa operatività sono le seguenti:

Postazione	Giorni di attività settimanal ⁱ	Attivazione oraria giornaliera ¹	Fabbisogno mezzi e risorse	Importo su base mensile
PalaValentia Vibo Valentia	7	h12	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Ambulanza di Soccorso con DAE ➤ 1 Autista Soccorritore ➤ 1 Soccorritore autorizzato all'utilizzo del DAE 	€ 7.000,00
Palazzetto dello Sport Ricadi	6	h6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Ambulanza di Soccorso con DAE ➤ 1 Autista Soccorritore ➤ 1 Soccorritore autorizzato all'utilizzo del DAE 	€ 4.000,00
	1	h12		
Palazzetto dello Sport Serra San Bruno	6	h6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Ambulanza di Soccorso con DAE ➤ 1 Autista Soccorritore ➤ 1 Soccorritore autorizzato all'utilizzo del DAE 	€ 4.500,00
	1	h12		
Palazzetto dello Sport Nicotera	6	h6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Ambulanza di Soccorso con DAE ➤ 1 Autista Soccorritore ➤ 1 Soccorritore autorizzato all'utilizzo del DAE 	€ 4.000,00
	1	h12		
Centro Aggregazione Sociale "Sant'Antonio" Pizzo	2	h12	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Ambulanza di Soccorso con DAE ➤ 1 Autista Soccorritore ➤ 1 Soccorritore autorizzato all'utilizzo del DAE 	€ 2.000,00
PalaBarone Filadelfia	6	h6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Ambulanza di Soccorso con DAE ➤ 1 Autista Soccorritore ➤ 1 Soccorritore autorizzato all'utilizzo del DAE 	€ 4.500,00
	1	h12		

⁽¹⁾ i giorni e gli orari di attività indicati potranno subire variazioni in funzione di indicazioni delle strutture aziendali e/o regionali

Spett.le

**Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo
Valentia**

Via Dante Alighieri, 67

89900 – Vibo Valentia

PEC: aspvibovalentia@pec.it

Oggetto: Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'assegnazione dell'attività di primo soccorso con ambulanza nei centri vaccinali di competenza dell'ASP di Vibo Valentia

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ () in data ___/___/_____, Cod. Fiscale _____
_____, residente a _____
() in Via/Piazza _____ nr _____ cellulare _____
_____ email _____ in qualità
di legale rappresentante dell'Ente denominato _____
_____ avente sede legale a _____
_____ () in Via/Piazza _____
nr _____ e sede operativa a _____ () in Via/Piazza _____
_____ nr _____, Codice Fiscale / P.IVA _____
_____ PEC _____ e-mail _____

CHIEDE

Di partecipare alla procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'assegnazione dell'attività di primo soccorso con ambulanza nei centri vaccinali di competenza dell'ASP di Vibo Valentia.

A tal proposito ai sensi e per gli effetti degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

Che l'Ente rappresentato ha le seguenti articolazioni territoriali:

1.
2.
3.

Che alla presente richiesta sono allegati i seguenti documenti:

- **Allegato 1** - dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 di cui all'art. 6 della Manifestazione di interesse.
- **Allegato 2** - Indicazione esatta della postazione per cui si vuole partecipare, debitamente sottoscritta dal rappresentante legale.
- **Allegato 3** - Certificato comprovante l'iscrizione al RUNTS o a registro equivalente nelle more di iscrizione al RUNTS.
- **Allegato 4** - Relazione tecnica-organizzativa contenente un'esauriva e completa relazione sulle modalità di gestione ed organizzazione del servizio da svolgere, la manutenzione e le dotazioni dei mezzi, le modalità con cui viene gestito e formato il personale operante.

- **Allegato 5** – Offerta economica con relativa relazione in funzione dell'allegato 4 con indicatori economici che permettano l'eventuale calcolo dell'attività supplementare rispetto a quella indicata nella tabella 1.
- **Allegato 6** – AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011) Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445).
- **Allegato 7** - Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge 13 Agosto 2010, n. 136.
- Copia fotostatica del Documento di identità del legale rappresentante datata e firmata.

Luogo, Data _____

Firma e timbro

Spett.le

**Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo
Valentia**

Via Dante Alighieri, 67

89900 – Vibo Valentia

PEC: aspvibovalentia@pec.it

Oggetto: Procedura di selezione per la stipula di convenzione per l'assegnazione dell'attività di primo soccorso con ambulanza nei centri vaccinali di competenza dell'ASP di Vibo Valentia – indicazioni delle sedi

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ () in data ____/____/____, Cod. Fiscale _____
 _____, residente a _____
 _____ () in Via/Piazza _____ nr _____ cellulare _____
 _____ email _____ in qualità
 di _____ legale rappresentante dell'Ente denominato _____
 _____ avente sede legale a _____
 _____ () in Via/Piazza _____
 nr _____ e sede operativa a _____ () in Via/Piazza _____
 _____ nr _____, Codice Fiscale / P.IVA _____
 _____ PEC _____ e-mail _____

DICHIARA

Di dare la propria disponibilità a fornire il servizio dell'attività di primo soccorso con ambulanza nei seguenti centri vaccinali (flaggare il Centro vaccinale desiderato):

- PalaValentia - Vibo Valentia
- Palazzetto dello Sport – Ricadi
- Palazzetto dello Sport – Serra San Bruno
- Palazzetto dello Sport – Nicotera
- Centro Aggregazione Sociale “Sant’Antonio” – Pizzo
- PalaBarone – Filadelfia

Luogo, Data _____

Firma e timbro

AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011)
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio
(artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____, residente
 a _____
 via _____ n. _____ codice fiscale
 _____ documento n° _____ rilasciato da
 _____ in data _____ (che si allega
 in copia) in qualità di _____ dell'impresa
 _____ codice
 fiscale/partita IVA _____ avente la sede in
 _____ prov _____ indirizzo

 PEC _____,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni

Luogo, Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta

Dichiarazione sostitutiva
“Tracciabilità dei flussi finanziari”

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 ss.mm.ii. e della Legge 13/08/2010, n. 136 ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a.....(Cod. Fiscale.....)

nato/a il.....a.....(Prov.....),

in qualità di.....della società/ditta.....

con sede a.....(Prov.....), in Via/Piazza.....n.....

Codice Fiscale.....Partita IVA.....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010, relativi ai pagamenti di lavori, servizi e forniture, effettuati a favore della Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Rimini,

DICHIARA

gli estremi identificativi dei conti correnti “dedicati” ai pagamenti nell’ambito delle commesse pubbliche sono i seguenti: 1 di 1

conto corrente n.aperto presso la.....

.....Filiale/Agenzia di.....

IBAN.....

la ditta evidenzia che le persone delegate ad operare su tale conto corrente oltre al sottoscritto, sono:

1.(Cod. Fiscale.....);

2.(Cod. Fiscale.....);

3.(Cod. Fiscale.....);

- La Ditta si obbliga a comunicare ogni eventuale variazione dei dati di cui alla presente dichiarazione;
- La Ditta autorizza l'uso del conto corrente di cui al presente atto anche nei casi in cui sia difforme da quello indicato in fattura;
- La Ditta dichiara che la presente dichiarazione è da ritenersi valida per tutte le procedure di affidamento disposte dalla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Rimini

Luogo e data.....

Timbro Ditta/Il Dichiarante

.....
(firma per esteso e leggibile)