Allegato 1 – Domanda e dichiarazione sostitutiva

**All’Azienda sanitaria universitaria**

**Friuli Centrale**

 **Via Pozzuolo, 330**

 **33100 UDINE**

 *PEC: asufc@certsanita.fvg.it*

**OGGETTO: Domanda e dichiarazione sostitutiva per il convenzionamento di posti letto in Residenza per anziani non autosufficienti di cui al bando Prot. n. 133486 dd. 15.09.2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della

Struttura residenziale per anziani denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all’assegnazione dei posti letto convenzionabili messi a bando dall’Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale.

**a tal fine** **DICHIARA**

**ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dagli articoli 75 e 76 del richiamato D.P.R.:**

* di possedere i requisiti previsti dall’articolo 2 del bando, in particolare:
1. la struttura residenziale è autorizzata quale residenza assistenziale alberghiera (ex Casa Albergo) per una capacità ricettiva di n°\_\_\_\_\_ posti ed è convenzionata con l’ASUFC ai sensi della DGR 2089/2006 per il riconoscimento degli oneri sanitari;
2. il soggetto gestore della struttura residenziale ha completato il progetto di adeguamento ai requisiti del D.P.Reg. 144/2015 per diventare residenza per non autosufficienti di 1° 2° 3° livello e per il quale la Regione ha rilasciato parere favorevole nell’ambito del processo di riclassificazione;
3. alla data di scadenza del presente bando, il soggetto gestore della struttura residenziale di cui sopra: (*barrare la voce che interessa)*
	* + è già titolare della nuova autorizzazione, a pieno titolo o in deroga temporanea, quale residenza per anziani non autosufficienti di 1° 2° 3° livello ai sensi del D.P.Reg. 144/2015:

|  |  |
| --- | --- |
| Estremi della nuova Autorizzazione | Aut. Dipartimento di Prevenzione ASUFC n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pieno titolo Deroga temporanea |
| Livello di nuova classificazione autorizzato |  residenza per anziani non autosufficienti di primo livello residenza per anziani non autosufficienti di secondo livello residenza per anziani non autosufficienti di terzo livello |
| Numero posti letto per tipologia |  |  |  |
| *(n. posti letto N1)* | *(n. posti letto N2)* | *(n. posti letto N3)* |

* + - ha presentato domanda di autorizzazione quale residenza per anziani non autosufficienti di 1° 2° 3° livello ai sensi del D.P.Reg. 144/2015:

|  |  |
| --- | --- |
| Estremi della domanda di Autorizzazione | Domanda presentata all’ASUFC - Dipartimento di Prevenzione in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Livello di nuova classificazione richiesto |  residenza per anziani non autosufficienti di primo livello residenza per anziani non autosufficienti di secondo livello residenza per anziani non autosufficienti di terzo livello |
| Numero posti letto per tipologia |  |  |  |
| *(n. posti letto N1)* | *(n. posti letto N2)* | *(n. posti letto N3)* |

* di aver preso visione e di accettare tutte le disposizioni contenute nel bando pubblico in oggetto;
* che tutte le informazioni fornite con la presente domanda corrispondono al vero;
* che non sussistono cause di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione, previste dalla normativa vigente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| , |  |  |
| *(luogo e data)* | *(firma del legale rappresentante)* |

**Si allega alla presente:**

* fotocopia del documento d’identità del sottoscrittore (in corso di validità);