

MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE DITTE
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

Spett.le Direttore Generale
Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118
Via Portuense 240 - 00149 ROMA

OGGETTO :Bando per la selezione di enti disposti a collaborare con ARES 118

Dichiarazioni per la partecipazione in merito al possesso dei requisiti:

La sottoscritta Ditta/Impresa.....
con sede a..... via n°.....
c.a.p.....(Provincia.....) telefono.....
fax.....Partita Iva.....
indirizzo di posta elettronica :.....
esercente l'attività di.....
.....
iscritta alla Camera di Commercio di:.....
dalcon il numero.....
nella persona del Sig.....
titolare/legale rappresentante nato a.....(Pr.....) il.....
codice fiscale.....

CHIEDE

Di partecipare al bando di selezione in oggetto **dichiarando la propria disponibilità ad operare in supporto o sostituzione delle attività di ARES 118 nei seguenti territori delle Province della Regione Lazio, secondo quanto definito nel disciplinare tecnico**

Modulo _____	Provincia _____
Modulo _____	Provincia _____
Modulo _____	Provincia _____
Modulo _____	Provincia _____

A tal fine, ai sensi e per effetto degli artt. n. 48 e n. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mendaci asserzioni e consapevole che l'amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli sulle dichiarazioni prodotte, anche acquisendo la relativa documentazione

DICHIARA

- di essere regolarmente iscritta alla Camera di Commercio nel/i settore/i di attività corrispondente/i alle categorie merceologiche per le quali chiede l'iscrizione
- di essere regolarmente autorizzata al trasporto infermi con decreto n. ___ del _____ della Regione Lazio
- di aver affidato la responsabilità sanitaria al dott. nato a il .../.../.... iscritto con n°all'Ordine dei Medici della Provincia di
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei dipendenti;
- di mantenere regolari posizioni previdenziali ed assicurative presso:
l'INPS sede di _____ matricola n _____,
l'INAIL sede di _____ matricola n _____,
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;
- che nell'esercizio della propria attività professionale non ha commesso errori gravi;

MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE ASSOCIAZIONI
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

Spett.le Direttore Generale
Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118
Via Portuense 240 - 00149 ROMA

OGGETTO :Bando per la selezione di enti disposti a collaborare con ARES 118

Dichiarazioni per la partecipazione in merito al possesso dei requisiti:

La sottoscritta Associazione.....
con sede a.....vian°.....
c.a.p.....(Provincia.....) telefono.....
fax.....Partita Iva.....
indirizzo di posta elettronica :.....

Il sottoscritto: _____
Nato (luogo e data di nascita): _____
Residente: Comune di _____ Prov. _____;
Via/p.zza _____
Legale/i rappresentante/i dell'associazione o persona legalmente autorizzata ad impegnare
l'associazione: _____

Con sede in: Comune di _____ Prov. _____;
Via/p.zza _____
con codice fiscale n.: _____
e /o con partita IVA n.: _____

CHIEDE

Di partecipare al bando di selezione in oggetto **dichiarando la propria disponibilità ad operare in supporto o sostituzione delle attività di ARES 118 nei seguenti territori delle Province della Regione Lazio, secondo quanto definito nel disciplinare tecnico**

Modulo _____ Provincia _____
Modulo _____ Provincia _____
Modulo _____ Provincia _____
Modulo _____ Provincia _____

A tal fine, ai sensi e per effetto degli artt. n. 48 e n. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mendaci asserzioni e consapevole che l'amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli sulle dichiarazioni prodotte, anche acquisendo la relativa documentazione

DICHIARA

- che l'associazione è attualmente iscritta al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato della Regione Lazio – articolazione provinciale di, n. e data iscrizione
- che l'associazione è regolarmente autorizzata al trasporto infermi con decreto n. ___ del ___ della Regione Lazio ovvero che non è autorizzata e si presenta per il solo supporto logistico agli eventi
- che la responsabilità sanitaria (anche se non autorizzata) è affidata al dott. nato a il .../.../.... iscritto con n°all'Ordine dei Medici della Provincia di

MODELLO A DI AUTODICHIARAZIONE ASSOCIAZIONI
(da compilare e sottoscrivere da parte del legale rappresentante)

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore degli eventuali dipendenti e di non avere in corso pendenze di natura contrattuale con associati né presente né passati;
 - di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse;
 - che l'associazione da lui rappresentata non è mai incorsa in provvedimenti che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione
 - di non aver avuto, in esito a precedenti affidamenti di opere o forniture, relazioni negative;
 - di non essersi resa gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire le informazioni richieste.
 - *che nell'esercizio della propria attività professionale non ha commesso errori gravi;*
- di essere in regola con la normativa vigente in materia di prevenzione della criminalità mafiosa, e di non trovarsi in stato di liquidazione, fallimento, concordato o amministrazione controllata;
- che il rappresentante legale non è stato sottoposto a condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale, o per delitti finanziari
- che l'Associazione ha la seguente esperienza nel settore del trasporto infermi e all'attività di soccorso per i sotto specificati enti, pubblici (in particolare ARES) o accreditati, nei sotto indicati periodi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DICHIARA INOLTRE

.....

(altri elementi rilevanti)

DICHIARA INOLTRE

- di accettare integralmente ed incondizionatamente tutte le condizioni poste nel bando di selezione e relativi allegati e in particolare nelle modalità descritte nel disciplinare;
- di mantenere la disponibilità valida per 180 giorni dalla data di scadenza di presentazione della stessa, obbligandosi a fornire immediata comunicazione del variare della stessa;
- di aver preso visione dell'informativa di cui agli art. 13 e 22 del D.Lgs 196/03, allegata al presente bando;
- di obbligarsi al pieno rispetto delle misure di sicurezza sul trattamento dei dati personali che ARES 118 ha adottato con il Documento Programmatico di Sicurezza così come pubblicato sul sito aziendale dell'ARES 118 Lazio;

AUTORIZZA

L'ARES 118 alla raccolta, conservazione e trattamento dei dati comunicati con la presente per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata nel rispetto delle prescrizioni contenute nel D. Lgs 196/03.

....., li

TIMBRO e FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Con in allegato FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ

Modulo B 1 Risorse Disponibili per l'Attività ordinaria Ditta _____ PROVINCIA _____

Attività ordinaria: l'ente si impegna a assicurare in modo continuativo per il periodo previsto dall'accordo la presenza del personale e dei mezzi definiti nell'atto convenzione/contratto presso una base operativa o presso un punto di stationamento in strada o comunque eventualmente definito dalla Centrale Operativa, a garanzia della popolazione in una definita fascia oraria e ad effettuare gli interventi richiesti dalla Centrale Operativa nel territorio di competenza della stessa.

SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Autoambulanza di soccorso base (MSB) PRIMARIO	Composta da un autista soccorritore, un barelliere, un infermiere, formati secondo le linee guida ASP 2004	Autorizzata come tipo A < 5aa + dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011 + disciplinare/convenzione	TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/
	Autoambulanza di soccorso base (MSB) SOSTITUTIVO	Equipaggio e dotazione aggiuntiva saranno quelli del mezzo che andranno a sostituire	Autorizzata come tipo A + dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011	TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/
	Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA) PRIMARIO	Composta da almeno autista soccorritore, medico, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A	Autorizzata come tipo A < 5aa + dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011 + dotazione come da indicazioni ARES	TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/
	Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA) SOSTITUTIVO	Equipaggio e dotazione aggiuntiva saranno quelli del mezzo che andranno a sostituire	Autorizzata come tipo A + dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/
	Mezzo di soccorso avanzato su autovettura PRIMARIO	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Immatricolata come mezzo di soccorso avanzato < 5aa + Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011+ dotazione come da indicazioni ARES	TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/
	Mezzo di soccorso avanzato su autovettura SOSTITUTIVO	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Immatricolata come mezzo di soccorso avanzato + dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011+ dotazione come da indicazioni ARES	TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/ TG /_____ / Immatricolazione /_____/

Attività a chiamata: l'ente si rende disponibile ad effettuare una o più delle seguenti prestazioni a chiamata nei tempi definiti nell'atto convenzionale/contratto

SI/NO	Tipologia	Descrizione	Sede e tempi di attivazione	Quantità e Identificazione
	Presenza o intervento con Autoambulanza di soccorso base (MSB)	Composta da un autista soccorritore, un barelliere, un infermiere, Autorizzata come tipo A + Dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011		TG /_____/ Immatricolazione /_____/ TG /_____/ Immatricolazione /_____/ TG /_____/ Immatricolazione /_____/
	Presenza o intervento con Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA)	Composta da almeno autista soccorritore, medico, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011		TG /_____/ Immatricolazione /_____/ TG /_____/ Immatricolazione /_____/ TG /_____/ Immatricolazione /_____/
	Presenza o intervento con Mezzo di soccorso avanzato su autovettura	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Immatricolata come mezzo di soccorso avanzato. Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011		TG /_____/ Immatricolazione /_____/ TG /_____/ Immatricolazione /_____/ TG /_____/ Immatricolazione /_____/

Modulo B 3 Risorse Disponibili per l'Attività di Supporto Eventi Ass.ne _____ **PROVINCIA** ____

Attività di supporto ad eventi: L'ente si rende disponibile ad operare, secondo le modalità stabilite dal protocollo ARES 118, con proprie attrezzature, mezzi, equipaggi ed allestimenti, su richiesta dell'ARES, in occasione della gestione di Grandi Eventi o manifestazioni nel territorio del Lazio.

Parte Prima: SUPPORTO SANITARIO SOLO DA ENTI AUTORIZZATI				
SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Autoambulanza di soccorso base (MSB)	Composta da un autista soccorritore, un barelliere, un infermiere, formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A	Autorizzata come tipo A Dotazione come mezzo di soccorso di base DCA 8/2011	TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ /
	Autoambulanza di soccorso avanzato (MSA)	Composta da almeno autista soccorritore, medico, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004 Autorizzata come tipo A	Autorizzata come tipo A Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ /
	Centro Mobile di Rianimazione	Composta da almeno autista soccorritore, medico anestesista rianimatore, infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ /
	Mezzo di soccorso avanzato su autovettura	Autovettura con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ /
	Mezzo di soccorso avanzato su moto	Motociclo con medico e infermiere formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011	TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ / TG / _____ / Anno Imm. / ____ /

Parte Prima: SUPPORTO SANITARIO SOLO DA ENTI AUTORIZZATI				
SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Posto medico Avanzato PMA di I° livello	Struttura attrezzata su tenda o attrezzabile in ambiente chiuso, area funzionale di selezione, primo trattamento sanitario e predisposizione evacuazione sanitaria dei feriti. Atta al trattamenti di almeno n. 10 feriti tra codici di gravità giallo e rosso e autonomia funzionale per un tempo non inferiore alle 12 ore e impiego rapido entro 1 ora. Personale composto come minimo da n. 1 un medico, un coordinatore infermieristico, due infermieri formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come S.O. n°139 alla Gazzetta Ufficiale n° 196 del 25 Agosto 2003 serie generale ordinariamente gestito dal 118 " Criteri di massima sulla dotazione di dispositivi medici di un posto medico utilizzabile in caso di catastrofe" Dotazioni Standard Check list PMA 118 vedi allegato	
	Posto medico Avanzato PMA di II° livello	Struttura attrezzata su tenda o attrezzabile in ambiente chiuso, area funzionale di selezione, primo trattamento sanitario e predisposizione evacuazione sanitaria dei feriti. Atta al trattamento di n. 50 pazienti con codice di gravità rosso-giallo nell'arco di 24 ore e per tre giorni; con autonomia operativa di 72 ore. Personale composto come minimo n. 2 medici dell'emergenza , un coordinatore infermieristico, come minimo n. 4 infermieri formati secondo le linee guida ASP 2004	Dotazione come S.O. n°139 alla Gazzetta Ufficiale n° 196 del 25 Agosto 2003 serie generale " Criteri di massima sulla dotazione di dispositivi medici di un posto medico utilizzabile in caso di catastrofe"	

Modulo B) 3 Risorse Disponibili per l'Attività di Supporto Eventi ENTE _____ **PROVINCIA** __

Attività di supporto ad eventi: L'ente si rende disponibile ad operare, secondo le modalità stabilite dal protocollo ARES 118, con proprie attrezzature, mezzi, equipaggi ed allestimenti, su richiesta dell'ARES, in occasione della gestione di Grandi Eventi o manifestazioni nel territorio del Lazio.

Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI				
SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Squadra di soccorritori	Composta da minimo n. 3 operatori sanitari e non, che provvedono alla gestione delle vittime sul luogo dell'evento fino al posto medico avanzato formati alle manovre di BLS/PBLS e trasporto traumatizzati,	Kit d'immobilizzazione e trasporto del paziente con barella pieghevole e telo portaferiti, collare cervicale Radio palmare	
	Squadra di soccorritori con defibrillatore	Composta da minimo n. 3 operatori sanitari e non, che provvedono alla gestione delle vittime sul luogo dell'evento fino al posto medico avanzato formati alle manovre di BLS/BLSD/PBLS e trasporto traumatizzati,	Kit d'immobilizzazione e trasporto del paziente con barella pieghevole e telo portaferiti, collare cervicale, defibrillatore portatile. Radio palmare	

Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI				
SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Coordinatore squadre soccorritori	Composto da un operatore sanitario che coordina n. 4 squadre di soccorritori con o senza defibrillatore, formato alle manovre di BLS/BLSD/PBLS e trasporto traumatizzati	Radio palmare	
	Mezzi di trasporto per materiali	Mezzi furgonati con eventuale attrezzatura per il trasporto di materiale logistico, sanitario, farmaceutico con refrigeratori anche portatili		TG /_____ / Anno Imm. /_____/
	Pulmino e/o Mezzi o moto per trasporto personale impiegato nell'attività sanitaria dell'areale	Veicoli per il trasporto personale impiegato nell'attività sanitaria dell'areale		TG /_____ / Anno Imm. /_____/
	Pulmino e/o Mezzi per trasporto diversamente abili	Veicoli attrezzati con dispositivi per trasporto diversamente abili		TG /_____ / Anno Imm. /_____/
	Mezzi fuori strada	Mezzi fuori strada muniti di cinghia e ganci da traino		TG /_____ / Anno Imm. /_____/
	Risorse di supporto logistico (camper di comando)	Struttura mobile attrezzabile per la gestione organizzativa sul posto delle attività sanitarie	Completi delle attrezzature relative al loro funzionamento, anche in autonomia per almeno 6 ore	TG /_____ / Anno Imm. /_____/

Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI				
SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Risorse di supporto logistico per le comunicazioni	Ponti radio, radio palmari, batterie di scorta, telefonia ecc		
	Risorse di supporto logistico	Torri faro, megafoni, condizionatori aria calda e fredda, generatori di corrente, cucina da campo	Atti al funzionamento in autonomia per un tempo non inferiore alle 12 ore	
SUPPORTO EVENTI A RISCHIO EVOLUTIVO /SITUAZIONI MAXIEMERGENZA				
	UNIDEC(Unità di decontaminazione)	Struttura campale di decontaminazione atta all'utilizzo da parte di personale sanitario per le operazioni di lavaggio e bonifica di pazienti contaminati da sostanze tossiche.	Struttura mobile per la decontaminazione composta da: 1) Area di decontaminazione con docce di lavaggio atte all'utilizzo da parte di soggetti sia barellati che deambulanti; 2) Cisterne di raccolta per le acque di lavaggio contaminate; 3) Attrezzature per il riscaldamento delle acque e dell'ambiente 4) detergenti e liquidi decontaminanti 5) Area per asciugatura e vestizione 5) Autonomia elettrica	

Parte seconda: SUPPORTO LOGISTICO ANCHE DA ENTI NON AUTORIZZATI				
SI/NO	Denominazione	Descrizione	Attrezzature	Quantità e Identificazione
	Squadre NBCR per montaggio tenda decontaminazione	Personale non sanitario formato alle procedure di montaggio della stazione di Decontaminazione sanitaria della popolazione in caso di eventi NBCR		
	Squadre NBCR atte a decontaminazione sanitaria	Squadra composta come minimo da n. 4 persone di cui n. 1 medico, n. 1 infermiere e da personale non sanitario, formato alle procedure di Decontaminazione sanitaria della popolazione in caso di eventi NBCR.	Personale formato all'utilizzo dei DPI per eventi NBCR (area tiepida) e alla attività di decontaminazione sanitaria Specifiche DPI - vedi Linee Guida Piano Sanitario di Difesa Nazionale in caso di minaccia Nucleare, Biologica, Chimica e radiologica (NBCR) Ministero della Salute	Deve essere prevista una squadra per ogni linea di decontaminazione presente nella tenda

Attività di supporto al soccorso: L'ente offre una generica disponibilità in fasce orarie più o meno ampie non assicurando in maniera continuativa la presenza dell'equipaggio completo. L'ente pertanto viene contattato in caso di necessità a giudizio della Centrale Operativa a supporto dell'attività di soccorso

SI/NO	Tipologia	Descrizione	Sede e tempi di attivazione	Quantità e Identificazione
	Intervento con Autoambulanza di trasporto	Autorizzata come tipo B + Dotazione come mezzo di trasporto DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / ____ / TG / _____ / Immatricolazione / ____ / TG / _____ / Immatricolazione / ____ /
	Intervento con Autoambulanza di soccorso	Autorizzata come tipo A + Dotazione come mezzo di soccorso avanzato DCA 8/2011		TG / _____ / Immatricolazione / ____ / TG / _____ / Immatricolazione / ____ / TG / _____ / Immatricolazione / ____ /