ALLEGATO B)

RICHIESTA INSERIMENTO ELENCHI TRASPORTO NEFROPATICI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Titolare / Legale Rappresentante dell’Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere iscritto all’Elenco delle Associazioni di Volontariato per il trasporto dei pazienti Nefropatici della ASL Medio Campidano, e a tal fine

DICHIARA

1) Di possedere i seguenti requisiti:

1. Costituzione ai sensi del Decreto Legislativo n. 117 del 03 luglio 2017 e ss.mm.ii. (Codice del Terzo settore);
2. Iscrizione da almeno 6 mesi nel Registro Unico nazionale del Terzo settore, come disciplinato dal Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 106/2020 del 15 settembre 2020, o se non ancora costituito:
3. Avere sede ed operare nel territorio regionale;
4. Disponibilità giuridica e dettaglio dei veicoli attrezzati per il trasporto dei diversamente abili anche carrozzati, collaudati come da art. 78 Codice della Strada;
5. Certificato di abilitazione professionale KB e dei corsi di formazione di primo soccorso BLS e BLSD (per il personale che opera sulle ambulanze – autisti e soccorritori);
6. Impegno ad emettere fattura;
7. essere in ogni caso qualificati come Operatori Economici e come tali avere la capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione.

2) di essere in possesso per l’attività di trasporto dei seguenti mezzi:

* l'autovettura;
* l'autolettiga;
* il furgone finestrato (per pazienti non deambulanti, comunque non trasportabili con altri mezzi o in carrozzina con accompagnatore);
* l’ambulanza tipo B (per pazienti non autosufficienti, allettati e non trasportabili con altri mezzi).

3) Che i veicoli di trasporto utilizzati sono manutenuti secondo quanto disposto dalla normativa vigente con particolare riferimento alle condizioni igieniche, all'attrezzatura sanitaria e alle misure di sicurezza;

4) Che il personale operante per conto dell’Associazione è tenuto:

- al rispetto della dignità e dei diritti degli utenti, ad osservare un comportamento conforme ai principi di buon andamento, efficacia, efficienza e adeguatezza del servizio svolto;

- ad osservare la più rigorosa riservatezza sulle notizie e sui fatti dei quali può venire a conoscenza nel corso delle prestazioni svolte e ad improntare ogni attività alla più assoluta discrezione e riservatezza;

- ad utilizzare un abbigliamento adeguato al luogo di cura presso il quale opera, funzionale all'attività che va a prestare nonché decoroso, pratico e consono al rispetto della buona educazione e delle norme igieniche dei Centri Dialisi;

5) Di aver preso visione del Regolamento Aziendale per il trasporto dei pazienti Nefropatici dell’Azienda Socio Sanitaria del Medio Campidano.

Allega:

- Curriculum Associazione

- Progetto concernente le Attività da svolgersi

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_