

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
PER LA MESSA A DISPOSIZIONE DI SPAZI  
PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA  
IN REGIME AMBULATORIALE**

All'Azienda Ospedaliera  
Ordine Mauriziano di Torino  
Via Magellano, 1  
10128, Torino  
PEC: [protocollo.mauriziano@pcert.postecert.it](mailto:protocollo.mauriziano@pcert.postecert.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante della Struttura di seguito indicata:

Denominazione \_\_\_\_\_

Sede Legale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail posta certificata (Pec) \_\_\_\_\_

**PRESA VISIONE**

dell'avviso pubblico per manifestazione di interesse approvato dall'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino con deliberazione n. 1031 del 31/12/2024

**MANIFESTA**

la propria disponibilità alla stipula di convenzione per la messa a disposizione, fino al 31.12.2026, di spazi ambulatoriali attrezzati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale del personale medico dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino alle condizioni normativo-economiche previste dall'avviso sopra richiamato e secondo la proposta tecnica allegata alla presente istanza per una o entrambe le seguenti tipologie:

- visite specialistiche;
- prestazioni diagnostiche e interventi di chirurgia ambulatoriale non rientranti nell'ambito della chirurgia ambulatoriale complessa;

**A TAL FINE DICHIARA**

*consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)*

- 1) che la Struttura è in possesso di autorizzazione sanitaria n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Comune di \_\_\_\_\_ per le seguenti branche specialistiche:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 2) che la Struttura \_\_\_\_\_ non è accreditata, neppure parzialmente, con il Servizio Sanitario Nazionale e che non è convenzionata con lo stesso per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime istituzionale;
- 3) che la Struttura \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti per contrattare con la Pubblica Amministrazione e non si trova in altra situazione considerata dalla legge pregiudizievole o limitativa della capacità contrattuale.
- 4) che la Struttura è iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_ n° REA \_\_\_\_\_;
- 5) che la Struttura \_\_\_\_\_ si impegna ad assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010, n. 136, come modificata dalla Legge 17 dicembre 2010 n. 217.
- 6) che la Struttura, a titolo di riconoscimento dei costi per locali e servizi, accetta di applicare sotto indicate percentuali calcolate sulla tariffa complessiva pagata dal paziente:
- 20% + I.V.A. per le visite specialistiche;
  - 35% + I.V.A. per prestazioni diagnostiche e per interventi di chirurgia ambulatoriale non rientranti nell'ambito della chirurgia ambulatoriale complessa.

#### ALLEGA

- 1) **Proposta tecnica contenente le informazioni richieste all'art. 9 dell'avviso pubblico per manifestazione di interesse;**
- 2) **planimetrie generali e particolari dei locali messi a disposizione;**
- 3) **copia dell'autorizzazione sanitaria;**
- 4) **copia della visura camerale non antecedente a tre mesi.**

Letto, confermato e sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
Firma digitale