

Spett.le

ASL di Milano

Corso Italia, 19

20122 MILANO

OGGETTO: Ulteriori dichiarazioni in merito al servizio di trasporti sanitari a favore di soggetti sottoposti a trattamento dialitico per l'ASL di Milano, l'ASL di Milano 1 e l'ASL di Pavia.

Il sottoscritto _____, nato il _____

a _____ in qualità di _____

(carica sociale)

dell'Associazione/Cooperativa/Consorzio/impresa (denominazione) _____

con sede in via _____ n. _____,

città _____ cap. _____ prov. _____,

telefono _____ fax _____,

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____,

- presa visione dell'avviso in oggetto specificato, **consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità in atti e dichiarazione mendaci ivi indicate**

DICHIARA

1) di voler destinare al servizio da erogare a favore dell'ASL di Milano:

- n. _____ di autoambulanze così identificati:

1. n. di targa: _____;

2. n. di targa: _____;

3. n. di targa: _____;

4. n. di targa: _____;

5. n. di targa: _____;

6. n. di targa: _____;

7. n. di targa: _____;

8. n. di targa: _____;

9. n. di targa: _____;

10. n. di targa: _____;

- n. _____ di autovetture così identificate:

1. n. di targa: _____;

2. n. di targa: _____;

3. n. di targa: _____;

4. n. di targa: _____;

5. n. di targa: _____;

6. n. di targa: _____;

7. n. di targa: _____;

8. n. di targa: _____;

9. n. di targa: _____;

10. n. di targa: _____;

- n. _____ di pulmini così identificati:

1. n. di targa: _____;

2. n. di targa: _____;

3. n. di targa: _____;

4. n. di targa: _____;

5. n. di targa: _____;

6. n. di targa: _____;

7. n. di targa: _____;

8. n. di targa: _____;

9. n. di targa: _____;

10. n. di targa: _____;

2) di voler destinare al servizio da erogare a favore dell'ASL di Milano 1:

- n. _____ di autoambulanze così identificati:

1. n. di targa: _____;

2. n. di targa: _____;

3. n. di targa: _____;

4. n. di targa: _____;

5. n. di targa: _____;

6. n. di targa: _____;

7. n. di targa: _____;

8. n. di targa: _____;

9. n. di targa: _____;

10. n. di targa: _____;

- n. _____ di autovetture così identificate:
 1. n. di targa: _____;
 2. n. di targa: _____;
 3. n. di targa: _____;
 4. n. di targa: _____;
 5. n. di targa: _____;
 6. n. di targa: _____;
 7. n. di targa: _____;
 8. n. di targa: _____;
 9. n. di targa: _____;
 10. n. di targa: _____;

- n. _____ di pulmini così identificati:
 11. n. di targa: _____;
 12. n. di targa: _____;
 13. n. di targa: _____;
 14. n. di targa: _____;
 15. n. di targa: _____;
 16. n. di targa: _____;
 17. n. di targa: _____;
 18. n. di targa: _____;
 19. n. di targa: _____;
 20. n. di targa: _____;

3) di voler destinare al servizio da erogare a favore dell'ASL di Pavia:

- n. _____ di autoambulanze così identificati:
 1. n. di targa: _____;
 2. n. di targa: _____;
 3. n. di targa: _____;
 4. n. di targa: _____;
 5. n. di targa: _____;
 6. n. di targa: _____;
 7. n. di targa: _____;
 8. n. di targa: _____;
 9. n. di targa: _____;
 10. n. di targa: _____;

- n. _____ di autovetture così identificate:
 1. n. di targa: _____;
 2. n. di targa: _____;
 3. n. di targa: _____;
 4. n. di targa: _____;
 5. n. di targa: _____;
 6. n. di targa: _____;
 7. n. di targa: _____;
 8. n. di targa: _____;
 9. n. di targa: _____;
 10. n. di targa: _____;

- n. _____ di pulmini così identificati:
 21. n. di targa: _____;
 22. n. di targa: _____;
 23. n. di targa: _____;
 24. n. di targa: _____;
 25. n. di targa: _____;
 26. n. di targa: _____;
 27. n. di targa: _____;
 28. n. di targa: _____;
 29. n. di targa: _____;
 30. n. di targa: _____;

4) *(limitatamente al trasporto mediante ambulanze)* di essere in possesso delle autorizzazioni per le ambulanze indicate ai punti 1, 2 e 3 della presente dichiarazione, come di seguito specificato:

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- ambulanza (targa) _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

5) *(limitatamente al trasporto mediante altri automezzi)* di essere in possesso delle autorizzazioni per le ambulanze indicate ai punti 1, 2 e 3 della presente dichiarazione, come di seguito specificato:

- tipologia e targa _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- tipologia e targa _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

- tipologia e targa _____ - autorizzazione (numero e data)
_____ - rilasciata da (ASL competente)
_____;

6) che il numero massimo di pazienti che il sottoscrittente intende prendere in carico per il proprio ente/associazione/impresa è il seguente:

ASL di Milano: nr _____ (in cifra e in lettere);

ASL di Milano 1: nr _____ (in cifra e in lettere);

ASL di Pavia: nr _____ (in cifra e in lettere);

7) che le autoambulanze, di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 della presente dichiarazione, presentano i requisiti indicati nell'intera documentazione di gara, ivi compreso il Capitolato Speciale d'Appalto, e che le autovetture e i pulmini, di cui al punto 1, 2 e 3 della presente dichiarazione, presentano i requisiti indicati nell'intera documentazione di gara, ivi compreso il Capitolato Speciale d'Appalto;

8) di essere interessato ai seguenti ambiti territoriali quali ambiti "preferenziali" (segnare con una x sia gli ambiti di interesse sia quelli di non interesse):

ASL di Milano

- D1 – Milano **SI** **NO;**
- D2 – Milano **SI** **NO;**
- D3 - Milano **SI** **NO;**
- D4 - Milano **SI** **NO;**
- D5 - Milano **SI** **NO;**
- D6 – Sesto S. Giovanni **SI** **NO;**
- D7 – Cinisello Balsamo **SI** **NO;**

ASL di Milano 1

- D1 Via per Cesate n. 62 – Garbagnate Milanese **SI** **NO;**
- D2 Via Settembrini n. 1 – Passirana **SI** **NO;**
- D3 Via Marzabotto n. 12 – Corsico **SI** **NO;**
- D4 Via Savonarola n. 3 – Legnano **SI** **NO;**
- D5 Via Moroni n. 12 – Castano Primo **SI** **NO;**
- D6 Via Al Donatore di Sangue n. 50 – Magenta **SI** **NO;**

ASL Milano

- o D7 sede centrale: Via Sauro n. 3 – Abbiategrasso **SI NO;**

ASL di Pavia

- o D1 Territorio Pavese **SI NO;**
- o D2 Lomellina **SI NO;**
- o D3 Oltrepo **SI NO;**

9) di essere interessato ai seguenti ambiti territoriali quali ambiti "ulteriori" (segnare con una x sia gli ambiti di interesse sia quelli di non interesse):

ASL di Milano

- o D1 – Milano **SI NO;**
- o D2 – Milano **SI NO;**
- o D3 - Milano **SI NO;**
- o D4 - Milano **SI NO;**
- o D5 - Milano **SI NO;**
- o D6 – Sesto S. Giovanni **SI NO;**
- o D7 – Cinisello Balsamo **SI NO;**

ASL di Milano 1

- o D1 Via per Cesate n. 62 – Garbagnate Milanese **SI NO;**
- o D2 Via Settembrini n. 1 – Passirana **SI NO;**
- o D3 Via Marzabotto n. 12 – Corsico **SI NO;**
- o D4 Via Savonarola n. 3 – Legnano **SI NO;**
- o D5 Via Moroni n. 12 – Castano Primo **SI NO;**
- o D6 Via Al Donatore di Sangue n. 50 – Magenta **SI NO;**
- o D7 sede centrale: Via Sauro n. 3 – Abbiategrasso **SI NO;**

ASL di Pavia

- o D1 Territorio Pavese **SI NO;**
- o D2 Lomellina **SI NO;**
- o D3 Oltrepo **SI NO;**

10) di possedere le seguenti certificazioni di qualità: _____

Firma Digitale del Legale Rappresentante