**Spett.le**

**All’AUSL della Romagna**

**U.O. Gestione Rapporti con i**

**Servizi Socio Sanitari Accreditati**

**Via Coriano, 38**

**47924 - Rimini**

OGGETTO: Indagine di mercato esplorativa relativa al servizio per la consulenza organizzativa, la supervisione ed il miglioramento delle competenze cliniche sui percorsi rivolti ad utenti con disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico. Importo complessivo a base d’asta € 38.000,00 iva inclusa.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via n. Cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. n. Fax n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esaminato l’avviso finalizzato ad una indagine di mercato

MANIFESTA INTERESSE

ad essere invitato a presentare la propria offerta per l’aggiudicazione del servizio in oggetto.

A tal fine dichiara di voler partecipare in qualità di (crocettare la opzione pertinente)

* Impresa Individuale
* Società Commerciale
* Società Cooperativa iscritta all’Albo delle cooperative
* Fondazione
* Consorzio (che si riserva di indicare la o le impresa/e consorziata/e in sede i offerta)
* Impresa Capogruppo di raggruppamento temporaneo da costituire con i seguenti soggetti:

□ Impresa Mandante di raggruppamento temporaneo

DICHIARA

* che l'operatore economico che si rappresenta ed i soggetti di cui al comma 3 dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/16, non incorre / incorrono in nessuno dei motivi di esclusione di cui al citato art. 80 commi 1, 2,4 e 5 Dlgs. n. 50/16;
* di essere iscritto nel registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura, Artigianato di dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al numero registro ditte/repertorio amministrativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di avere stipulato rapporti contrattuali di durata almeno biennale nei seguenti servizi:
* intervento psicofarmacologico nei disturbi della condotta e comorbidità psicopatologica in utenti con disabilità intellettiva e\o autismo in età evolutiva ed età adulta
* trattamento psicoeducativo di tipo comportamentale di disturbi del comportamento e disturbi psicopatologici dimostrabile anche attraverso pubblicazioni scientifiche attinenti al tema
* analisi applicata del comportamento (con\senza certificazione internazionale) volta alla promozione di abilità socio-comunicative e adattive nei disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva in età evolutiva ed età adulta
* gestione dei modelli di management clinico-organizzativo (impatto del cambiamento dei modelli organizzativi nella gestione dei comportamenti disadattivi e dei disturbi psicopatologici), dimostrabile anche attraverso pubblicazioni scientifiche attinenti al tema
* management clinico organizzativo nella gestione di posti sanitari e socio sanitari in residenze e semiresidenze per soggetti con disturbo dello spettro autistico
* di essere in grado di documentare quanto sopra dichiarato.

COMUNICA

I dati necessari per eventuali successive comunicazioni relative alla procedura di cui in oggetto:

Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E- Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax: / ;

Pec: .

LUOGO e DATA IL LEGALE RAPPRESENTANTE

 TIMBRO E FIRMA

N.B .

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.