

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DA RENDERE SUI REQUISITI TECNICO –
ORGANIZZATIVI (A.5 del Disciplinare di gara)**

**All'Agenzia del demanio
Direzione Centrale Manutenzione,
Contratti e Beni Confiscati
U.O. Gare
Via Barberini 38
00187 Roma**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ CF
_____ residente a _____ (____) via _____ n. _____

☐ (se del caso) in qualità di Legale Rappresentante del concorrente _____

☐ (se del caso) in qualità di procuratore generale/speciale del concorrente _____
giusta procura allegata in originale o copia autenticata ai sensi del DPR 445/00 alla
documentazione di gara

in relazione alla domanda di partecipazione procedura aperta per *“l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria integrativa per il personale dell'Agenzia”*, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto DPR in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

la disponibilità di una rete di strutture sanitarie convenzionate sul territorio nazionale con:

- _____ (indicare il numero, fermo restando il requisito minimo di 40 Strutture previsto nel Disciplinare) Strutture sanitarie convenzionate per ricovero/intervento chirurgico presenti nel territorio di Roma e della Provincia di Roma, abilitate al pernottamento (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio per la prenotazione diretta delle prestazioni e per il pagamento diretto delle spese. Segue elenco allegato A;
- _____ (indicare il numero, fermo restando il requisito minimo di 150 Centri previsto nel Disciplinare) Centri medici convenzionati per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche/terapeutiche (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici), presenti nel territorio di Roma e della Provincia di Roma, non abilitati al pernottamento, presso i quali sia attivo il servizio per la prenotazione diretta delle prestazioni e per il pagamento diretto delle spese. Segue elenco allegato B;
- _____ (indicare il numero, fermo restando il requisito minimo di 200 Strutture previsto nel Disciplinare) Strutture convenzionate per ricovero/intervento chirurgico abilitate al ricovero notturno e diurno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) e _____ (indicare il numero, fermo restando il requisito minimo di 500 Centri previsto nel Disciplinare) Centri convenzionati per visite specialistiche e diagnostiche/terapeutiche presenti sul territorio nazionale (esclusa Roma e la Provincia di Roma) presso i quali sia attivo il servizio per la prenotazione diretta ed il

pagamento diretto delle spese, con la presenza, per entrambe le due tipologie individuate, di almeno 1 struttura per capoluogo di Regione. Segue elenco allegato C.

Luogo e data

TIMBRO DEL CONCORRENTE
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
O PROCURATORE

TIMBRO DELLA MANDANTE/CONSORZIATA
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
O PROCURATORE