

SCHEMA AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Manifestazione d'Interesse rivolta all'individuazione dei Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale (CAAF o CAF) interessati ad entrare nell'elenco dei soggetti di supporto per la richiesta di trasporto in forma telematica a favore di persone che presentano una fragilità socio-economica e che necessitano di un trasporto da effettuare presso il SST per un ciclo di prestazioni diagnostico-terapeutico, prescritte dal MMG o da un medico specialista.

La Regione Toscana rende noto che intende, con il presente Avviso, acquisire manifestazioni di interesse da parte di Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale (CAAF o CAF) regolarmente autorizzati dall'Agenzie delle Entrate, operanti sul territorio Toscano, da inserire in apposito elenco con i quali le aziende sanitarie potranno stipulare accordo per l'acquisizione delle attività di cui esecuzione della delibera n. 1545 del 27/12/22.

La manifestazione d' interesse oggetto del presente Avviso è indetta nel rispetto dei principi di imparzialità, economicità, efficacia, trasparenza, proporzionalità, pubblicità, libera concorrenza, non discriminazione e nel rispetto dei vincoli di buona amministrazione, come previsto dalla Legge 241/1990, artt. 1 e 12, Legge n. 190/2012 e D. Lgs. n. 33/2013.

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto dell'accordo che sarà stipulato dalle aziende sanitarie.

3. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso (requisito di ammissione)

Possono partecipare alla presente procedura i CAF regolarmente autorizzati dall'agenzia dell'entrate operanti sul territorio Toscano.

4. Modalità di presentazione della domanda

I soggetti interessati possono manifestare l'interesse a partecipare alla procedura oggetto del presente avviso, **pena esclusione**, entro il seguente termine:

Data:

--	--	--

 Ora

--	--

Le domande devono essere redatte secondo lo *schema di domanda di partecipazione*, riportato in calce al presente Avviso, e devono essere inoltrate, pena esclusione, a mezzo posta certificata PEC all'indirizzo: regionetoscana@postacert.toscana.it

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura *“Manifestazione di interesse rivolta alla individuazione dei Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale (CAAF o CAF) interessati ad entrare nell'elenco dei soggetti di supporto per la richiesta di trasporto in forma telematica a favore di persone che presentano una fragilità socio-economica”*

La validità della mail è subordinata all'utilizzo da parte degli interessati di una casella di posta elettronica certificata.

Si chiede di inviare la domanda in formato pdf, inserendo la documentazione in un unico file.

Il recapito tempestivo delle domande rimane ad esclusivo rischio dei mittenti, restando esclusa qualsivoglia responsabilità della Regione Toscana ove, per qualsiasi motivo, gli stessi non dovessero giungere a destinazione in tempo utile.

Il termine fissato per la presentazione della domanda è perentorio. Non è ammessa la presentazione di documenti oltre la scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Il legale rappresentante della struttura, o un procuratore (in tal caso dovrà essere allegata anche copia conforme all'originale della relativa procura), dovrà apporre la firma in calce alla istanza a pena di esclusione. L'autentica della firma si effettua mediante presentazione, in allegato alla domanda, di copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore o tramite firma digitale.

6. Documentazione richiesta

Nella domanda di partecipazione gli interessati dovranno autocertificare ai sensi dell'art. 15 della L.183/2011:

- ✓ nome e cognome del rappresentante legale
- ✓ sede legale ed eventuali sedi operative in Toscana dove verrà attivato l'eventuale servizio
- ✓ riconoscimento della qualifica di CAF con data del provvedimento di riconoscimento dell'Agenzia delle Entrate

Devono, inoltre, impegnarsi, ove richiesto a sottoscrivere specifici accordi con le Aziende sanitarie territoriali per lo svolgimento del servizio.

Infine, dovranno dichiarare:

- ✓ di aver preso visione di tutte le disposizioni del presente Avviso e di impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta, ove necessario;
- ✓ l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
- ✓ di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato su quanto dichiarato al precedente punto, in caso di non veridicità il soggetto verrà cancellato dall'elenco e conseguentemente la ASL recederà automaticamente dagli accordi contrattuali in essere per i servizi di cui al presente Avviso.
- ✓ di essere consapevole che l'iscrizione all'elenco oggetto del presente avviso non costituisce per le ASL obbligo di instaurare futuri accordi

La domanda, sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, o procuratore, con allegata la copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità, deve riportare la seguente dicitura, datata e firmata:

"Il sottoscritto (cognome e nome) legale rappresentante/procuratore della struttura....., ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 come modificato dalla L. 183/2011, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegare alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità".

Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, la struttura verrà ritenuta non idonea.

7. Trattamento dati personali

I dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti presso la Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale per le finalità dell'Avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento UE n. 2016/679 e al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i..

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e ai privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge e di regolamento, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE n. 2016/679 e al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i..

9. Pubblicità

Il presente Avviso sarà pubblicato per n.15. giorni consecutivi sul sito web di Regione Toscana al seguente indirizzo www.regione.toscana.it

10. Informazioni

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla seguente mail: federico.gelli@regione.toscana.it

La Regione Toscana si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente Avviso, qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che in capo alla stessa sorga alcun obbligo specifico in ordine alla creazione dell'elenco.

Per quanto non previsto dal presente Avviso, si rimanda a quanto stabilito dalle disposizioni di legge e regolamenti in vigore.

Il Direttore

.....

A
.....

Domanda di partecipazione

Il/la sottoscritto/a legale rappresentante del Centro Autorizzato di Assistenza Fiscale (CAAF o CAF), presa visione dell'Avviso di Manifestazione di Interesse, per l'individuazione di CAF interessati ad entrare nell'elenco dei soggetti di supporto per la richiesta di trasporto in forma telematica a favore di persone che presentano una fragilità socio-economica e che necessitano di un trasporto da effettuare presso il SST per un ciclo di prestazioni diagnostico-terapeutico, prescritte dal MMG o da un medico specialista., in esecuzione della delibera n. 1545 del 27/12/22

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare all'Avviso emesso da Regione Toscana – Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale per l'individuazione dei CAF interessati all'attività di cui sopra con cui sottoscrivere appositi accordi con le Aziende sanitarie per l'effettuazione del servizio sopra descritto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni false,

D I C H I A R A

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, come modificati dalla L. 183/2011:

di essere il legale rappresentante del CAF

partita IVA /CF.....

sede legale in via..... n

.....

sede della struttura in via..... n

.....

telefono per comunicazioni inerenti l'avviso

indirizzo di posta certificata

indirizzo e-mail per comunicazioni inerenti all'avviso

.....

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando Regione Toscana da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

DICHIARA inoltre:

- che il CAF..... è in possesso di sedi/filiali/punti di accesso (elencare i comuni);
- che presso le suddette sedi/filiali/punti di accesso saranno erogate le seguenti prestazioni: di supporto per la richiesta di trasporto in forma telematica a favore di persone che presentano una fragilità socio-economica e che necessitano di un trasporto da effettuare presso il SST per un ciclo di prestazioni diagnostico-terapeutico, prescritte dal MMG o da un medico specialista;
- di essere regolarmente autorizzato dall’Agenzia delle Entrate (autorizzazione n. del);
- di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l’attività svolta per conto delle aziende sanitarie con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, (o in alternativa: di impegnarsi a stipulare la suddetta polizza prima della sottoscrizione dell’accordo contrattuale);
- di aver preso visione di tutte le disposizioni dell’Avviso e d’impegnarsi a presentare, all’atto di eventuale sottoscrizione dell’accordo, l’ulteriore documentazione richiesta dalle Aziende Sanitarie;
- l’assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
- di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato su quanto dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a risoluzione;
- di essere consapevole che l’Avviso di Manifestazione di Interesse emesso da Regione Toscana è volto alla formazione di un elenco e non costituisce necessariamente impegno per le Aziende sanitarie per l’instaurazione di futuri accordi contrattuali.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità e che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all’Avviso sono conformi all’originale in suo possesso. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Data Firma

Si allega documento di identità nel caso in cui non si proceda con firma digitale