

PROGETTO TECNICO per lo svolgimento di Servizi Sanitari e Socio-Assistenziali in convenzione per l'anno 2024. CIG B1E3AD5AE9

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il _____ e residente in _____
via _____, in qualità di _____
dell'ETS _____
PEC _____ e-mail _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli art. 38, 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità, ai fini della partecipazione all'Avviso di selezione di cui alla Determinazione Dirigenziale n. 596 del 06.06.2024

DICHIARA

Di proporre quale offerta tecnica la seguente:

Criterio 1

n. di trasporti con mezzi adeguati, anche di tipo sanitario, di infermi e/o cittadini in condizioni di fragilità fisica, sociale o familiare, annui offerti.	
--	--

Criterio 2

n. km, calcolati nel percorso di andata e ritorno offerti per singolo trasporto.	
--	--

Criterio 3

n. di interventi di assistenza sanitaria durante le manifestazioni sportive e culturali nonché in momenti di aggregazione sociale al fine di assicurare la sicurezza dei partecipanti nelle manifestazioni organizzate o effettuate in collaborazione con il Comune di Fonte Nuova, Assessorato ai Servizi Socio Sanitari e Assistenziali inclusa l'assistenza in caso di sgombero coatto tramite la forza pubblica.	
--	--

Criterio 4

<p>modalità di effettuazione dei servizi di cui ai punti 1, 2 e 3 (personale impegnato, mezzi e qualifiche).</p>	<p>Descrizione:</p>
--	---------------------

Criterio 5

<p>n. di corsi di formazione B.L.S.D – P.B.L.S.D. e manovre di disostruzione pediatrica da effettuare in favore di particolari categorie individuate dal Comune.</p>	
--	--

Criterio 6

<p>n. di ore di formazione obbligatoria periodica del personale addetto al primo soccorso offerte nelle scuole presenti sul territorio su base annuale.</p>	
---	--

Criterio 7

<p>periodicità del servizio di screening (misurazione della pressione, glicemia e colesterolo) da effettuare presso i centri anziani comunali espressa in termini di giorni e fasce orarie.</p>	
---	--

Criterio 8

eventuali interventi e servizi migliorativi diversi dai precedenti.	Descrizione:
---	--------------

✓ Di impegnarsi a sottoscrivere la Convenzione approvata con Determinazione Dirigenziale n. _____ del _____.

_____, il _____

Il Legale Rappresentante

(timbro e firma)