

Spett.le
Comune di Santa Marinella
protocollosantamarinella@postecert.it

AVVISO PUBBLICO AI FINI DELLA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, DA PARTE DI PROFESSIONISTI, SOCIETÀ E ASSOCIAZIONI DEL TERZO SETTORE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ESECUZIONE TAMPONI RAPIDI ANTIGENICI PER LA RICERCA DEL SARS-COV-2 NELLA FARMACIA COMUNALE DI SANTA MARINELLA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
legale rappresentante della _____
con sede in via/P.zza: _____
Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Telefono _____ e-mail _____
PEC _____
Codice fiscale _____ P.IVA _____

dichiara di manifestare il proprio interesse per l’affidamento del servizio di esecuzione tamponi rapidi antigenici per la ricerca del SARS-CoV-2 nella Farmacia Comunale di Santa Marinella.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- l’inesistenza delle cause di esclusione di cui all’art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016;
- di accettare integralmente le disposizioni dell’avviso pubblico riferito alla presente istanza;
- di essere informato, nel rispetto del Regolamento 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Inoltre, dichiara:

Di essere disponibile a svolgere in autonomia il servizio di esecuzione tamponi rapidi antigenici per la ricerca del Sars Cov-2 nella Farmacia comunale di Santa Marinella secondo il seguente calendario, compatibile l’orario di apertura della farmacia:

Che il/i professionista/i che si occuperà/anno dell’esecuzione materiale dei Tamponi è/sono *(indicare nome, cognome, professione e data di iscrizione al relativo albo)*:

Nome	Cognome	Professione	Data iscrizione al relativo albo

Di conoscere e accettare le le modalità operative definite dall’allegato 2 del protocollo di intesa tra Ministero della Salute e il Commissario Straordinario per l’attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell’emergenza epidemiologica Covid-19, Federfarma, Assofarma e Farmacie Unite ai sensi dell’art. 5 del D.Lgs. 23 luglio 2021 n° 105;

Di accettare la supervisione ed il controllo del Direttore della Farmacia, o suo delegato, durante lo svolgimento del servizio;

Di provvedere in proprio ai seguenti aspetti logistici:

1. Struttura rimovibile (gazebo, tenda, camper o roulotte) ove effettuare il tampone (specificare la soluzione proposta): _____;
2. fornitura di antigenici rapidi (specificare tipologia, marca e quantità minima disponibile): _____;
3. All'approvvigionamento dei dispositivi di protezione personale necessari per il personale che gestirà il servizio;
4. All'approvvigionamento del computer, della stampante, della carta e della connessione internet mobile necessari all'espletamento del servizio;
5. all'inserimento dei dati nella piattaforma ed alla stampa delle certificazioni dietro richiesta dell'utente;
6. alla gestione della fila, alla esecuzione materiale del prelievo, all'inserimento dei dati nella piattaforma;
7. al ricevimento del pagamento tramite il POS (fornito dalla Farmacia) del servizio reso;
8. allo smaltimento dei rifiuti;

Dichiara, infine:

1. di essere disponibile a stipulare copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi derivante dall'esercizio dell'attività professionale e qualsiasi altra copertura assicurativa (compresa quella contro Covid-19) ed anche inclusa quella garanzia delle ipotesi di dolo e/o colpa grave, necessaria prima di iniziare a svolgere il servizio;
2. di accettare i seguenti prezzi:

Età	Prezzo
Minori di 18 anni	€ 8,00
Maggiori di 18 ani	€ 10,00

3. Di accettare che i prezzi di cui sopra potranno mutare senza preavviso e di poter, eventualmente, recedere dall'affidamento senza penali;
4. Di corrispondere, per ogni tampone effettuato, la seguente percentuale al Comune di Santa Marinella, espressa ad ogni buon conto anche come cifra in euro:

Età	Percentuale	Euro
Minori di 18 anni	____%	____€
Maggiori di 18 ani	____%	____€

Data _____

Firma _____