**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DEI SOGGETTI CHE INTENDONO CANDIDARSI A ENTI GESTORI ED AVVALERSI DELL’ASST DI CREMONA , IN QUALITA‘ DI ENTE EROGATORE DI SERVIZI E PRESTAZIONI SANITARIE.**

~~\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*~~

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell’Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PI/CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . in qualità di:

* Struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata accreditata e a contratto al 30/1/2017
* Struttura sanitaria privata accreditata al 30/1/2017

consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall’art. 76 del DPR n.445/2000 e s.m.i. e che ai sensi dell’art.75 dello stesso DPR, ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR citato, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà,

DICHIARO

di candidarmi in qualità di Ente Gestore e di volermi avvalere dell’ASST di Cremona, in qualità di Ente Erogatore;

di avere sede nel Territorio dell’ATS della Val Padana.

**OGGETTO DEL SERVIZIO OFFERTO:**

Indicare la tipologia di erogazione e/o erogazioni da richiedere all’ASST di Cremona, sulla base delle patologie riportate nella tabella sottostante, previste dall’allegato 4 della DGR n. 6551/2017.

Indicare con una X, per singola patologia, se “visite specialistiche” e/o “diagnostica per immagini” e/o “diagnostica di laboratorio”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PATOLOGIA PRINCIPALE** | **Visite specialistiche** | **Diagnostica per Immagini** | **Diagnostica di Laboratorio** |
| TUTTE LE PATOLOGIE |  |  |  |
| 01 - TRAPIANTATI ATTIVI |  |  |  |
| 02 - IRC – DIALISI |  |  |  |
| 03 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI |  |  |  |
| 04 - ACROMEGALIA E GIGANTISMO |  |  |  |
| 05 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI |  |  |  |
| 06 - HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO |  |  |  |
| 07 - TRAPIANTATI NON ATTIVI |  |  |  |
| 08 - DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO |  |  |  |
| 09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA |  |  |  |
| 10 - NEOPLASIA ATTIVA |  |  |  |
| 11 - NEUROMIELITE OTTICA |  |  |  |
| 12 - ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI |  |  |  |
| 13 - SCLEROSI MULTIPLA |  |  |  |
| 14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA |  |  |  |
| 15 - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE |  |  |  |
| 16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO |  |  |  |
| 17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA |  |  |  |
| 18 - MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE |  |  |  |
| 19 - CIRROSI EPATICA |  |  |  |
| 20 - SCOMPENSO CARDIACO |  |  |  |
| 21 - SINDROME DI CUSHING |  |  |  |
| 22 - SCLEROSI SISTEMICA |  |  |  |
| 23 - VASCULOPATIA CEREBRALE |  |  |  |
| 24 - SPONDILITE ANCHILOSANTE |  |  |  |
| 25 - CARDIOPATIA VALVOLARE |  |  |  |
| 26 - PANCREATITE CRONICA |  |  |  |
| 27 - VASCULOPATIA VENOSA |  |  |  |
| 28 – DEMENZE |  |  |  |
| 29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA |  |  |  |
| 30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA |  |  |  |
| 31 - DIABETE INSIPIDO |  |  |  |
| 32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA |  |  |  |
| 33 - PARKINSON E PARKINSONISMI |  |  |  |
| 34 – EPILESSIA |  |  |  |
| 35 - NANISMO IPOFISARIO |  |  |  |
| 36 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO |  |  |  |
| 37 - MIASTENIA GRAVE |  |  |  |
| 38 - MORBO DI ADDISON |  |  |  |
| 39 – BPCO |  |  |  |
| 40 - ARTRITE REUMATOIDE |  |  |  |
| 41 - PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA |  |  |  |
| 42 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO |  |  |  |
| 43 - EPATITE CRONICA |  |  |  |
| 44 - DIABETE MELLITO TIPO 1 |  |  |  |
| 45 - LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO |  |  |  |
| 46 - COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD) |  |  |  |
| 47 – ALZHEIMER |  |  |  |
| 48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON |  |  |  |
| 49 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE |  |  |  |
| 50 - DIABETE MELLITO TIPO 2 |  |  |  |
| 51 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE |  |  |  |
| 52 - MALATTIA DI SJOGREN |  |  |  |
| 53 - IPER ED IPOPARATIROIDISMO |  |  |  |
| 54 - MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO |  |  |  |
| 55 - MALFORMAZIONI CONGENITE |  |  |  |
| 56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA |  |  |  |
| 57 - NEOPLASIA FOLLOW-UP |  |  |  |
| 58 - MALATTIE DELLA PELLE E CONNETTIVO |  |  |  |
| 59 - NEOPLASIA REMISSIONE |  |  |  |
| 60 – IPOTIROIDISMO |  |  |  |
| 61 – TUMORI |  |  |  |
| 62 - MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI |  |  |  |
| 63 – ASMA |  |  |  |
| 64 - TIROIDITE DI HASHIMOTO |  |  |  |
| 65 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE |  |  |  |

DICHIARO ALTRESI’:

* di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni delle Delibere di Giunta Regionale n. 6164/2017 e 6551/2017.
* di essere consapevole che la presentazione della manifestazione d’interesse non genera alcun diritto e/o pretesa nei confronti dell’ASST di Cremona e non vincola in alcun modo la stessa al suo accoglimento, circostanze che accetto incondizionatamente.

Indico come indirizzo di posta elettronica da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Allegare fotocopia non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità)**