



All'Azienda USL Toscana centro

S.O.C. Accordi contrattuali e convenzioni privato accreditato sanitario e socio-sanitario

P.za S. Maria Nuova n. 1

50122 FIRENZE

Dichiarazione di Manifestazione d'Interesse

Il sottoscritto MORANO PASQUALE nato a CATANZARO, il 24/11/1961, codice fiscale MRNPQL61S24C352P, presa visione dell'Avviso di Manifestazione di Interesse, approvato da codesta Azienda con delibera del Direttore Generale n. 531 del 05.04.2018, per la realizzazione del *"Progetto sperimentale per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ed ecografiche a livello zonale per contenimento liste d'attesa"*

MANIFESTA L'INTERESSE

ad essere invitato a partecipare alla procedura finalizzata all'individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per la realizzazione del **"Progetto sperimentale per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ed ecografiche a livello zonale per contenimento liste d'attesa"**, a tal fine

DICHIARA

- di essere il legale rappresentante della Struttura: POLIAMBULATORIO CROCE ROSSA ITALIANA – COMITATO DI FIRENZE, Partita I V A : 06418560485, con sede legale in FIRENZE, LUNGARNO SODERINI N. 11 che eroga le prestazioni nella sede di LUNGARNO SODERINI N. 11, numero telefonico: 055 274401, indirizzo di posta certificata: cl.firenze@cert.cri.it ;
- che la struttura POLIAMBULATORIO CROCE ROSSA ITALIANA - COMITATO DI FIRENZE in quanto Struttura equiparata al pubblico ha ATTESTATO IL POSSESSO DEI REQUISITI DI ESERCIZIO il 10/11/2016 ed è in possesso dell'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE SANITARIO RILASCIATO DALLA REGIONE TOSCANA CON DECRETO NUMERO 12452 DEL 25/08/2017.
- di essere consapevole che l'Avviso di Manifestazione di Interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno per l'Azienda di instaurare futuri accordi contrattuali;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Azienda da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella presente dichiarazione.

Il sottoscritto MORANO PASQUALE, quale legale rappresentante della POLIAMBULATORIO CROCE ROSSA ITALIANA – COMITATO DI FIRENZE con sede legale in FIRENZE, LUNGARNO SODERINI N.11, 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 fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità. 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 ss.mm.ii..

Firenze, 24/04/2018

Firma

Cognome..... MORANO
Nome..... PASQUALE GIACOMO
nato il..... 24/11/1961
(atto n. 1 S A)
a..... Catanzaro
Cittadinanza..... italiana
Residenza..... Firenze
Via..... Ruggero Ruggeri N. 3
Stato civile..... Cgt.
Professione..... medico

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... 1,74
Capelli..... bianchi
Occhi..... castani
Segni particolari.....



Firma del titolare.....
FIRENZE 04/08/2011

IP SINDACO
D'Ordine del Sindaco
Istruttore Amministrativo

Del Sette Anna
Diritti di segreteria..... 5,86
Diritti fissi..... 0,66



Il presente documento
scade il 03/08/2021



AS 9675187

IPZS s.p.a. - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
FIRENZE

CARTA D'IDENTITÀ

N.° AS 9675187

DI

MORANO

PASQUALE GIACOMO

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **MRNPQL61S24C352P** **Sesso** **M**

Cognome **MORANO**

Nome **PASQUALE GIACOMO**

Luogo di nascita **CATANZARO**

Provincia **CZ**

Data di scadenza **23/06/2016**

Data di nascita **24/11/1961**

Dati sanitari regionali
REGIONE
TOSCANA