

ALLEGATO 4 – DICHIARAZIONE DI COLLABORAZIONE IN RETE CON ALTRI PARTNER ISTITUZIONALI

AVVISO PUBBLICO PER L'ACQUISIZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI PRESA IN CARICO, ACCOMPAGNAMENTO E INTERVENTI EDUCATIVI DELLE FAMIGLIE CON MINORI DI ETÀ 0–36 MESI CON DISTURBI DEL NEUROSvilUPPO

1. SOGGETTO ISTITUZIONALE DICHIARANTE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, in qualità di _____ dell'Ente/Istituzione _____, con sede in _____, codice fiscale/P.IVA _____,

DICHIARA

di essere a conoscenza della proposta progettuale denominata “_____”, presentata dall'Azienda Sanitaria Locale _____ nell'ambito dell'Avviso pubblico sopra richiamato.

2. FINALITÀ DELLA COLLABORAZIONE

L'Ente/Istituzione dichiarante manifesta la propria disponibilità a collaborare, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, alla realizzazione della rete territoriale prevista dalla proposta progettuale, al fine di favorire il raccordo tra i servizi coinvolti, l'individuazione precoce dei bisogni, l'orientamento dei nuclei familiari, la presa in carico integrata e la continuità dei percorsi rivolti ai minori destinatari dell'intervento.

La collaborazione potrà riguardare, in particolare, una o più delle seguenti aree:

- raccordo informativo e operativo con l'ASL proponente;
- partecipazione a momenti di confronto, coordinamento o tavoli tecnici;
- segnalazione, orientamento o accompagnamento verso i servizi competenti, nei limiti delle funzioni istituzionali esercitate;
- raccordo con servizi educativi, sociali, sanitari, sociosanitari o altri presidi territoriali;
- supporto alla continuità dei percorsi e all'integrazione con la rete dei servizi ordinari;
- eventuale messa a disposizione di competenze, informazioni, sedi, strumenti o ulteriori risorse organizzative, senza oneri aggiuntivi a carico del progetto, salvo diversa previsione contenuta in specifici atti adottati nel rispetto della normativa applicabile.

3. DESCRIZIONE DEL CONTRIBUTO ALLA RETE TERRITORIALE

Descrivere sinteticamente il contributo che il soggetto istituzionale potrà assicurare nell'ambito della rete territoriale prevista dalla proposta progettuale.



4. LIMITI DELLA COLLABORAZIONE

La presente dichiarazione non costituisce accordo di partenariato, non comporta l'attribuzione al soggetto dichiarante della qualità di beneficiario o soggetto attuatore dell'operazione e non determina il trasferimento di responsabilità amministrative, gestionali, finanziarie, rendicontative o di controllo.

La titolarità dell'operazione, nonché la responsabilità della progettazione, attuazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione degli interventi ammessi a finanziamento, resta in capo all'Azienda Sanitaria Locale beneficiaria.

La presente dichiarazione non comporta l'assunzione di obblighi finanziari a carico del soggetto dichiarante, salvo quanto eventualmente previsto da successivi e specifici atti adottati nel rispetto della normativa vigente.

5. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'eventuale scambio di informazioni tra il soggetto dichiarante e l'ASL proponente avviene nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Ogni scambio informativo dovrà essere limitato alle informazioni strettamente necessarie al perseguimento delle finalità progettuali e dovrà avvenire nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione, riservatezza, integrità e sicurezza.

6. DURATA

La presente dichiarazione produce effetti dalla data di sottoscrizione e resta riferita alla durata della proposta progettuale presentata dall'ASL nell'ambito dell'Avviso, salvo eventuali aggiornamenti, integrazioni o diverse determinazioni formalizzate tra le parti.

Luogo e data _____

Per l'Ente/Istituzione dichiarante

Il/La Legale rappresentante o soggetto delegato

Firma digitale