**Schema di candidatura**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER ACQUISIZIONE DI CANDIDATURE PER L’INDIVIDUAZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE A CONTRATTO, DEL TERZO SETTORE E DELLE ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI E UTENTI CHE PARTECIPERANNO IN QUALITÀ DI MEMBRI DI DIRITTO ALL’ORGANISMO DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE (OCSMD) DI ATS DELLA BRIANZA.**

*(Resa in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata all’Ente richiedente)*

Il sottoscritto ………………………………………… nato a ………………………... il………..….….., residente nel Comune di……………………………..in via………………………………………n°…….....

Codice fiscale 

in qualità di Legale Rappresentante dell’Ente/Associazione………………………………………………………………………………………….

con sede legale nel comune di ………………………………………….CAP…………...prov. …………

in via ………………………………………………………………...n° …..................

codice fiscale e o partita IVA 

telefono…………………………………………………….

posta PEC……….…………………………………………….

(per le strutture sanitarie) iscritta al registro regionale delle strutture sanitarie

codice ………………………………………………….

(per le strutture sociosanitarie) iscritta al registro delle strutture sociosanitarie

codice ………………………………………………….

(per gli Enti del Terzo settore) iscritta al RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore) codice ………………………………………………….

Comunica la propria disponibilità e interesse a partecipare come componente di diritto dell’OCSMD di ATS DELLA BRIANZA nella funzione di:

* rappresentante strutture private accreditate a contratto area dipendenze
* rappresentante strutture private accreditate a contratto area psichiatria
* rappresentante strutture private accreditate a contratto area NPIA
* rappresentante Ente del Terzo Settore
* rappresentante Associazione di tutela dei malati
* rappresentante Associazione di tutela dei familiari

**Allega:**

* **Curriculum tecnico** con particolare riferimento alle aree oggetto di valutazione da parte della commissione (paragrafo “Criteri di valutazione delle proposte”: precedenti documentate esperienze nell’ area della salute mentale e nella prevenzione e cura delle dipendenze; copertura del territorio ATS della Brianza; ruoli/collaborazioni/raccordi con altri soggetti; pregressa partecipazione all’OCSMD).
* **Copia del documento d’identità del Legale rappresentante in corso di validità.**

**DICHIARA L’IMPEGNO**

nel caso in cui la presente candidatura sia positivamente accolta di aderire a quanto previsto nel Regolamento dell’Organismo di Coordinamento Salute Mentale e Dipendenze (OCSMD).

Riferimenti del referente dell’Ente per la presente candidatura:

Nominativo………………………………………………………………………………………………….

Cell………….………………………………………….E-mail………………………………………………

Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell’articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’articolo 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_