

ALLEGATO B

Al Commissario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Via Roma, 67

56126 Pisa

PEC: pec-aoupisana@legalmail.it

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

### AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA RICERCA DI SPONSOR PER IL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO SPERIMENTALE DI CHIRURGIA ROBOTICA

Sponsor:

.....  
con sede in....., Via .....,  
codice ..... fiscale-  
P.IVA.....tipologia di  
attività ..... qui rappresentata dal  
Sig. ...., nato a ....., il .....,  
nella qualità di legale rappresentante pro-tempore, domiciliato, per la carica, presso la sede della  
stessa,

#### CHIEDE

Di partecipare all'avviso pubblico approvato con delibera del Commissario n. 442 del 04/09/2018 per la ricerca di sponsor per il finanziamento del Progetto Sperimentale di Chirurgia Robotica.

A tal fine, in conformità a quanto previsto dall'avviso, il suo contenuto si accetta integralmente, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni falsi e mendaci di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità.

#### DICHIARA

- l'inesistenza delle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e di ogni altra situazione considerata dalla legge pregiudizievole o limitativa della capacità contrattuale, quali anche le misure ostative di cui al d.lgs. n. 159/2011;

- l'inesistenza di controversie in atto di natura legale o giudiziaria con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana;
- l'inesistenza di rapporti con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana tali da poter configurare conflitto di interessi in relazione alla sponsorizzazione;
- l'inesistenza di impedimenti derivanti dal fatto di essere sottoposto a misure cautelari antimafia;
- l'inesistenza di procedure concorsuali o fallimentari in atto (in caso di offerta fatta da impresa)
- di accettare tutto quanto stabilito nell'avviso pubblico per la ricerca di sponsor.

### PROPONE

Di impegnarsi a contribuire alla linea/e di sviluppo di seguito specificate:

- “sviluppo di un nuovo modello organizzativo assistenziale per i pazienti di Area Vasta”

Importo € \_\_\_\_\_

- “formazione di professionisti qualificati attraverso attività di training e tutoring”

Importo € \_\_\_\_\_

- “ricerca e sviluppo di competenze anche nella ricerca tecnologica oltre che clinica”

Importo € \_\_\_\_\_

A tal fine **SI ALLEGA:**

scheda di presentazione (art. 8 dell'Avviso “Modi e termini di presentazione delle domande”)

copia fotostatica del documento di identità

La sottoscritta Società/Ente autorizza l'AOUP al trattamento dei dati personali raccolti in applicazione dell'avviso esclusivamente per le finalità dello stesso previste.

Data, timbro e firma del legale rappresentante o del soggetto con poteri di rappresentanza della società;

\_\_\_\_\_