



**REGIONE ABRUZZO**  
**Azienda Sanitaria Locale n. 2**  
**Lanciano – Vasto – Chieti**

Via dei Vestini, s.n.c. – 66100 – Chieti – CH  
Palazzina N  
C.F. P. Iva 02307130696

**U.O.C. INVESTIMENTI, PATRIMONIO E MANUTENZIONE**

SEDE DI CHIETI – Via dei Vestini, s.n.c. – Palazzina N – Piano Terzo – Lato B

Direttore: Ing. Filippo MANCI

Tel. 0871357545 – 0871357923 – 0871358621 – 0871357728

E-mail: [segreteria.ipm@asl2abruzzo.it](mailto:segreteria.ipm@asl2abruzzo.it)

PEC: [dip.tecnico@pec.asl2abruzzo.it](mailto:dip.tecnico@pec.asl2abruzzo.it)

Invio tramite PEC

**OGGETTO:** Avviso pubblico esplorativo per la locazione di una unità immobiliare da adibire a Centro vaccinale all'interno della Città di Francavilla. **Richiesta pubblicazione Avviso pubblico dal giorno 28 maggio 2024 al giorno 06 giugno 2024**

AI COMUNE DI FRANCAVILLA  
[protocollo@pec.comune.francavilla.ch.it](mailto:protocollo@pec.comune.francavilla.ch.it)

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 809 del 27.05.2024 si richiede la pubblicazione dell'Avviso pubblico e relativi n. 6 allegati, dal giorno 28 maggio 2024 al 06 giugno 2024, al fine dell'individuazione sul mercato libero di operatori privati e/o enti pubblici eventualmente interessati a dare in locazione, una unità immobiliare ubicata all'interno della Città di Francavilla.

Si precisa infine che i documenti allegati alla presente nota e oggetto di pubblicazione sono:

1. Avviso pubblico
2. Allegato\_A
3. Allegato\_B
4. Allegato\_C
5. Allegato\_D
6. Allegato\_E

Certi di una fattiva collaborazione, l'occasione risulta gradita per porgere cordiali saluti.

**IL DIRETTORE**

U.O.C. Investimenti, Patrimonio e Manutenzione

Filippo Manci

F.to digitalmente



REGIONE ABRUZZO  
Azienda Sanitaria Locale n° 2 Lanciano-Vasto-Chieti  
Via Martiri Lancianesi n° 17/19-66100 Chieti  
C.F. e P.Iva 02307130696

**U.O.C. Investimenti-Patrimonio e Manutenzioni**  
**Direttore Responsabile**  
**Ing. Filippo Mancì**

**AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER LA LOCAZIONE DI UNA UNITA' IMMOBILIARE DA ADIBIRE A CENTRO VACCINALE ALL'INTERNO DELLA CITTA' DI FRANCAVILLA.**

**IN ESECUZIONE DELLA DELIBERAZIONE D.G. N. 809/2024 DEL 27.05.2024 SI PUBBLICA IL SEGUENTE AVVISO:**

Questa Azienda, non disponendo attualmente di immobili di proprietà nella zona di riferimento, ha la necessità di reperire sul mercato immobiliare, una unità che sia di proprietà di Enti o di Privati, da destinare a CENTRO VACCINALE sede erogativa di Francavilla con le caratteristiche ed i requisiti minimi delle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale previsti e disciplinati dalla L.R. n. 32/07 e succ. modificazioni ed integrazioni.

L'immobile di cui trattasi, per soddisfare le esigenze del territorio e al fine del raggiungimento degli obiettivi assistenziali previsti, dovrà necessariamente essere collocato all'interno della Città di Francavilla e dovrà altresì soddisfare i seguenti requisiti:

- allocazione centrale e semi-centrale, così come si evince chiaramente dalla planimetria allegata (Allegato A);
- dotato di parcheggio esclusivo o pubblico nelle immediate vicinanze per l'utenza e il personale;
- facilmente raggiungibile e possibilmente localizzato in sede limitrofa ai servizi sanitari e socio assistenziali del Distretto Sanitario denominato "Istituto Ex Padovano" sito in Piazza San Franco a Francavilla; che sia preferibilmente collocato al piano terra, in assenza di barriere architettoniche, in ambienti accoglienti e nel rispetto della normativa per l'edilizia sanitaria e delle diverse esigenze della popolazione di ogni età maschile e femminile, in particolare dell'utenza fragile;
- che, per esigenze dell'Amministrazione, l'immobile sia prontamente disponibile e di immediato utilizzo.

I costi che questa Azienda andrà eventualmente a sostenere per il "*fitto passivo*", terranno conto degli attuali valori di mercato per la "*locazione*" reperiti dalla banca dati delle quotazioni immobiliari dell'Agenzie delle Entrate, che prevede un valore di locazione pari a €. 6,00/mq. netto x mese.

La durata del contratto è stabilita in anni 2 (due)+1 (uno) rinnovabile e così come regolato dalla L. 392/1978 per le attività non ad uso residenziale.

Apposita commissione nominata da questa Azienda, provvederà inoltre a stabilire i criteri di selezione per la valutazione e la comparazione delle offerte pervenute entro i termini indicati, facendo presente che le stesse a pena esclusione, dovranno essere corredate di progetto di adeguamento e costi presuntivi in relazione alle necessità aziendali e sanitarie riportate all'allegato sotto la lettera B.

Detto progetto dovrà tenere conto dei necessari "*Requisiti minimi strutturali generali*", come da scheda STG 2.1, validi per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e di quelli specificatamente previsti dalla L.R. n. 32/07 e s.m.i. per il CENTRO VACCINALE di cui al punto 5.8 come da allegato sotto la lettera B.

Prima dell'utilizzo, gli immobili dovranno essere complessivamente adeguati a cura e spese dell'offerente rispetto all'uso previsto nel rispetto delle vigenti normative urbanistiche e di accreditamento ex L.R. 32/2007 e s.m.i.

I costi degli interventi, come quelli ulteriori ed eventuali per il rilascio di autorizzazioni/nulla-osta, restano a totale carico dell'offerente il quale, obbligatoriamente e a pena esclusione dalla procedura, dovrà dichiarare di realizzarli a propria cura e spese.

I costi necessari all'adeguamento preliminare dell'immobile, sulla base di un piano di dettaglio predisposto da parte del potenziale offerente che sia preventivamente stato valutato ed approvato da parte di questa Azienda, potranno essere, concordemente e progressivamente scalati con un contestuale riassorbimento degli stessi rispetto al canone annuale pattuito in sede di offerta e per una durata complessiva proporzionale al relativo investimento iniziale.

Su espressa richiesta, l'Azienda potrà anche eventualmente anticipare una semestralità per l'avvio dei lavori di adeguamento necessari che restano in ogni caso, a totale carico dell'offerente.

Si precisa inoltre che il presente avviso ha natura esplorativa in quanto l'immobile dovrà essere idoneo allo svolgimento dell'attività sanitaria come da accreditamento ex L.R. 32/2007 e s.m.i.

I soggetti eventualmente interessati sono invitati a presentare la propria offerta per la stipula di un contratto di locazione secondo quanto espressamente indicato nel presente avviso esplorativo, perentoriamente, entro e non oltre le **ore 12:00** del giorno **06/06/2024**.

L'offerta, da inviare all'indirizzo PEC: [dip.tecnico@pec.asl2abruzzo.it](mailto:dip.tecnico@pec.asl2abruzzo.it) entro i termini indicati nel presente avviso esplorativo, dovrà contenere a pena esclusione, la seguente minima documentazione:

- progetto di adeguamento rispondente ai requisiti degli allegati "A" e "B" offerta in locazione, i dati catastali e i titoli di proprietà dell'immobile, il certificato di agibilità, l'attuale destinazione d'uso urbanistica e i certificati eventualmente posseduti dall'immobile (energetici, conformità impiantistica, termo-idraulici, antincendio, ecc.) oltre la documentazione fotografica interna ed esterna della struttura che si intende offrire in locazione;
- una dichiarazione sottoscritta dal proprietario/i o Legale Rappresentante in caso di Società o Enti nella quale si attesti la distanza dell'immobile oggetto di offerta rispetto all'attuale sede del Distretto Sanitario denominato "Istituto ex Padovano" sito a Francavilla in Piazza San Franco, come da allegato sotto la lettera "C";
- per i soggetti privati una dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni che attesti: le generalità dell'offerente (se trattasi di Società o Ditta individuale le generalità del Legale Rappresentante), che lo stesso non sia soggetto a procedure fallimentari e di concordato, che non si trovi in alcuna delle condizioni previste per l'esclusione dalla contrattazione con le Pubbliche Amministrazioni secondo la legislazione vigente e che nei propri confronti non sono state emesse sentenze, ancorché non definitive, relative a reati che precludono la contrattazione con la Pubblica Amministrazione, come da allegato sotto la lettera "D".
- l'indicazione del ribasso % (in cifre ed in lettere) che l'offerente intende proporre a questa Azienda applicato sul valore di locazione di 6,00 €/mq netto x mese. Il canone di locazione potrà essere (eventualmente e progressivamente) portato a compensazione (totale o parziale) degli interventi di adeguamento e riadattamento dell'immobile offerto in locazione. L'offerente dovrà altresì, indicare la tempistica di disponibilità immediata o differita non oltre un mese dalla data di comunicazione di aggiudicazione. Infine l'offerente dovrà dichiarare a pena esclusione dalla procedura, che i costi degli interventi nonché quelli da sostenere per eventuali autorizzazioni/nulla-osta, saranno a propria cura e spese secondo un piano dettagliato di intervento che verrà debitamente valutato ed approvato da parte della ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti prima di ogni conseguente decisione, come da allegato sotto la lettera "E";

nella PEC di invio offerta, al relativo oggetto, oltre all'intestazione chiara del soggetto offerente dovrà essere riportata la seguente dicitura:

**AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER LA LOCAZIONE DI UNA UNITA' IMMOBILIARE DA ADIBIRE A CENTRO VACCINALE ALL'INTERNO DELLA CITTA' DI FRANCAVILLA.**

Termine di presentazione delle offerte **ore 12:00 del giorno 06/06/2024**.

Questa Azienda non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi dell'invio documentazione tramite PEC. Il presente avviso esplorativo non è in alcun modo vincolante riservandosi l'Azienda di non concludere il procedimento qualora nessuna delle offerte risulti di proprio interesse ovvero, non vengano acquisite le autorizzazioni richieste per l'esercizio delle attività previste.

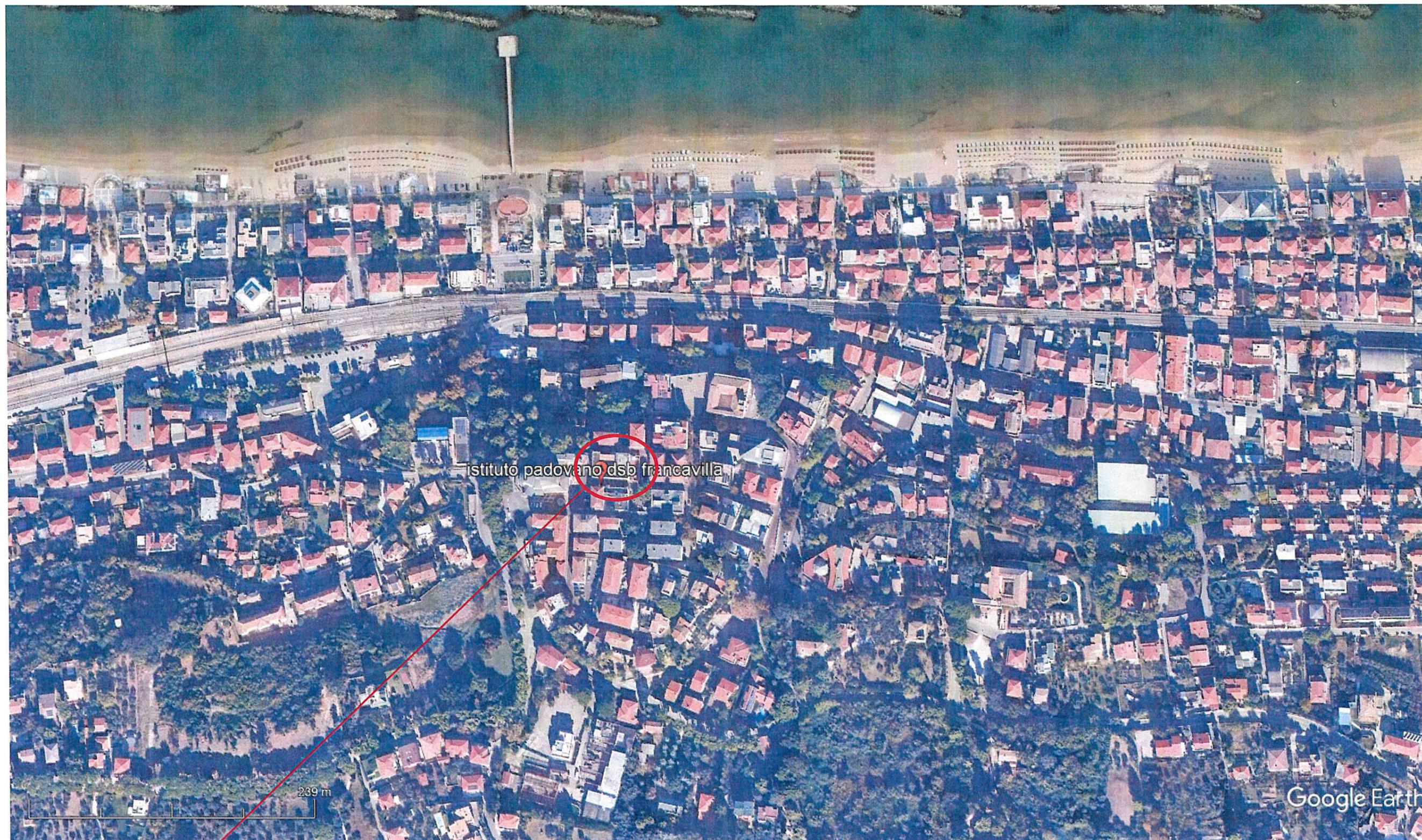
Per ogni ed eventuale informazione inerente il presente avviso gli interessati potranno contattare l'Ing. Angelo DE MARCO ai nr. 0871.357728/cell. 3382496590 che sarà a disposizione per ogni ed eventuale necessità e chiarimento.

Il Direttore U.O.C.  
Investimenti, Patrimonio e Manutenzioni  
Filippo MANCI  
\*F.to digitalmente

Il Direttore Generale  
Thomas SCHAEEL

\*F.to digitalmente

OGGETTO: PERIMETRAZIONE PLANIMETRIA ALLOCAZIONE UNITA' IMMOBILIARE OGGETTO AVVISO ESPLORATIVO



IMMOBILE SEDE DELL'ATTUALE DISTRETTO SANITARIO DI BASE EX ISTITUTO PADOVANO - PIAZZA SAN FRANCO

## CENTRO VACCINALE - SEDE EROGATIVA FRANCAVILLA AL MARE

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>Quantità</b>	<b>m<sup>2</sup></b>
Accettazione/Ufficio amministrativo	1	9,0
Sala di attesa	1	30,0
Studio Dirigente Medico	1	12,0
Ambulatorio vaccinale	2	28,0
Spogliatoio personale (M+F)	2	
Servizi igienici per il personale (M+F)	2	
Locale adibito a deposito di materiale sporco	1	
Locale adibito a deposito di materiale pulito	1	
Locale adibito a deposito di materiale d'uso	1	
Locale adibito con frigorifero per vaccini	1	12,0-14,0
Archivio	1	12,0-13,0
Servizi igienici per utenti (M+F) di cui uno attrezzato per disabili	2	

## 2.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Requisiti validi per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie di ricovero a ciclo continuo o diurno

(I requisiti sotto enumerati sono validi anche per le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie ricomprese nel Manuale di Autorizzazione laddove siano previsti dalle vigenti normative nazionali e locali)

codice paragrafo

STG

1 Esiste documentazione che tutti i presidi possiedono i requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

a) protezione antisismica	Si	No
b) protezione antincendio		
• sono adottate misure intese a ridurre la probabilità di insorgenza di incendi	Si	No
• esistono contenuti minimi dei corsi di formazione per addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze in relazione a livello di rischio dell'attività	Si	No
c) protezione acustica	Si	No
d) sicurezza elettrica e continuità elettrica		
• gli impianti a servizio dei locali ad uso medico sono verificati secondo la periodicità prevista dalla normativa	Si	No
e) prevenzione degli infortuni e dei danni da lavoro	Si	No
f) igiene dei luoghi di lavoro	Si	No
g) protezione dalle radiazioni ionizzanti		
• l'utilizzo delle apparecchiature e delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti viene effettuato nel rispetto delle norme a tutela e protezione dei lavoratori	Si	No
• l'utilizzo delle apparecchiature e delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti viene effettuato nel rispetto delle norme per la protezione della popolazione	Si	No
h) eliminazione delle barriere architettoniche	Si	No
i) smaltimento dei rifiuti		
• rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo (ex potenzialmente infetti)	Si	No
• rifiuti speciali pericolosi (ex tossico - nocivi)	Si	No
• rifiuti radioattivi	Si	No
• esiste un piano per la raccolta differenziata dei rifiuti	Si	No
l) smaltimento delle acque	Si	No
m) illuminazione e condizioni microclimatiche		
• gli impianti di climatizzazione e riscaldamento sono adeguati alle diverse esigenze di servizio	Si	No

	n) impianti di distribuzione dei gas combustibili	Sì	NO
	o) impianti di distribuzione dei gas medicali	Sì	NO
	· l'impianto di distribuzione dei gas medicali è dotato di attacchi tali da evitare collegamenti accidentali	Sì	NO
	· l'impianto di erogazione dei gas medicali è sottoposto a manutenzione e verifica periodica secondo protocolli prefissati	Sì	NO
	· è presente un piano per la manutenzione degli impianti di gas medicali, aspirazione endocavitaria ed evacuazione gas medicali secondo la norma UNI EN 737	Sì	NO
	p) protezione dai rischi derivanti da materiali potenzialmente esplosivi	Sì	NO
	q) rispetto del divieto di fumo	Sì	NO
	r) attrezzature biomediche e sanitarie	Sì	NO
	s) impianti elevatori	Sì	NO
	· ascensori e montacarichi sono realizzati secondo le norme vigenti e sottoposti a manutenzione ordinaria	Sì	NO
	· sono presenti procedure per la manutenzione ordinaria	Sì	NO
	· il numero degli ascensori è adeguato al flusso delle persone e dei materiali	Sì	NO
	· è presente un servizio di pronto intervento in caso di arresto dell'impianto con presenza di persone all'interno della cabina	Sì	NO
	t) impianti e apparecchi a pressione	Sì	NO
	u) gli impianti radiotelevisivi, elettronici, antenne sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente	Sì	NO
	v) gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati nel rispetto della normativa vigente	Sì	NO
	w) manutenzione degli edifici e degli impianti	Sì	NO
	· sono presenti procedure e programmi per la manutenzione ordinaria	Sì	NO
	y) la struttura dispone di adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e di cartellonistica installata	Sì	NO
	z) la struttura è dotata di un programma per fronteggiare le emergenze idriche	Sì	NO
2	E' disponibile la planimetria generale di tutta la struttura	Sì	NO
3	E' disponibile la documentazione che attesti l'avvenuto rilascio di tutte le autorizzazioni e concessioni da parte delle autorità competenti	Sì	NO
4	Qualora i presidi non siano in possesso dei requisiti sopra elencati, esiste documentazione che la Direzione ha definito piani di attività per il raggiungimento degli stessi <i>Nota:</i>	Sì	NO

*Resta comunque fermo l'obbligo del rispetto delle specifiche norme nazionali, regionali, locali, e, per la prevista parte di competenza, delle disposizioni internazionali*

## 5.8 AMBULATORIO VACCINALE

codice paragrafo  
AVA

### REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

1	Il locale ambulatorio ha una superficie non inferiore a 12 mq	Sì	No
2	E' presente una sala dedicata all'esecuzione delle prestazioni che garantisca il rispetto della privacy dell'utente (con annesso separato spazio spogliatoio)	Sì	No
3	L'ambulatorio è collocato in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche. tale da favorire un agevole afflusso di pazienti	Sì	No
4	Sono presenti spazi per attesa (dotati di numero di posti a sedere adeguato al numero dei pazienti che fruiscono del servizio)	Sì	No
5	E' presente un locale/spazio per archivio	Sì	No
6	Sono presenti servizi igienici distinti per utenti e personale	Sì	No
7	Sono presenti servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza	Sì	No
8	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito	Sì	No
9	E' presente locale adibito a deposito di materiale sporco	Sì	No
10	E' presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
11	E' presente spazi/armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni	Sì	No
12	E' presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Sì	No
13	I locali hanno pavimenti lavabili e disinfettabili	Sì	No
14	I locali sono dotati di pavimenti con raccordo arrotondato alle pareti	Sì	No
15	I locali hanno pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 mt.	Sì	No
16	I locali sono dotati di porte a superficie lavabile	Sì	No
17	Nelle sale dedicate alla esecuzione di prestazioni è presente un lavabo in acciaio o ceramica con comandi non manuali	Sì	No
18	E' installato un impianto telefonico pubblico utilizzabile dagli utenti	Sì	No

### REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI

19	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No
----	--	----	----

20	E' presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°/22° centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo	Sì	No
----	---	----	----

**REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

21	Il locale ambulatorio dispone di arredi, attrezzature e presidi medico chirurgici adeguati alla specificità delle attività svolte	Sì	No
----	---	----	----

22	<b>E' presente un carrello per la gestione delle emergenze con la seguente dotazione minima farmacologica e strumentale:</b>		
----	--	--	--

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a) adrenalina fiale 1:1000 (conservate in frigorifero)                                      | Sì | No |
| b) cortisonici  | Sì | No |
| c) antistaminici  | Sì | No |
| d) broncodilatatori   | Sì | No |
| e) flaconi e fiale di soluzione fisiologica   | Sì | No |
| f) ossigeno umidificato   | Sì | No |
| g) pallone ambu adulti/pediatrico con mascherina di diverse dimensioni in relazione all'età | Sì | No |
| h) fonendoscopio  | Sì | No |
| i) sfigmomanometro con bracciali di varie misure in relazione all'età                       | Sì | No |
| l) sostegno per infusione   | Sì | No |
| m) materiale occorrente per la somministrazione parenterale dei farmaci                     | Sì | No |

23	E' presente per ogni punto vaccinale un frigorifero per conservazione vaccini dotato di termometro ed allarme di temperatura (max/min)	Sì	No
----	--	----	----

24	E' presente un locale dedicato a magazzino per lo stoccaggio di vaccini	Sì	No
----	---	----	----

25	E' presente all'interno del magazzino per lo stoccaggio dei vaccini un frigorifero con rilevazione continua della temperatura ed allarme di temperatura (max/min)	Sì	No
----	---	----	----

26	Laddove presente un magazzino per lo stoccaggio dei vaccini è presente un impianto di emergenza che garantisca la continuità della erogazione di energia elettrica	Sì	No
----	--	----	----

**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

27	E' stato redatto un documento in cui sono esplicitate le strategie vaccinali, gli obiettivi di copertura della popolazione bersaglio ed è pianificata l'attività del servizio sulla base del calendario vaccinale	Sì	No
----	---	----	----

28	Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale è prevista la presenza costante di almeno un medico nella struttura, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio	Sì	No
----	---	----	----

29	Tutti i materiali, i farmaci e le confezioni riportano in evidenza la data della scadenza	Sì	No
----	---	----	----

30	Il servizio ha a disposizione un'anagrafe dei residenti, anche temporanei, aggiornata ogni 30 giorni	Sì	No
----	--	----	----

31	E' stata predisposta un'anagrafe vaccinale gestita con supporto informatico	Sì	No
----	---	----	----

32	Esiste un registro o uno schedario dei vaccinati ordinato per anno di nascita su cui vengono annotati dati anagrafici e dosi somministrate	Sì	No
33	E' predisposto un sistema informatizzato che gestisca la registrazione e l'archiviazione dell'avvenuta vaccinazione	Sì	No
34	<b>Esiste un registro giornaliero in cui vengono trascritti:</b>		
	a) dati anagrafici del vaccinato	Sì	No
	b) tipo di vaccino e nome commerciale	Sì	No
	c) n° della dose	Sì	No
	d) ditta fornitrice	Sì	No
	e) data di somministrazione	Sì	No
	f) note (ad es. residenza, professione, ecc.)	Sì	No
	g) operatori presenti al momento della vaccinazione	Sì	No
35	E' predisposta una procedura scritta per la gestione dell'anagrafe vaccinale in cui venga individuato un responsabile dell'anagrafe vaccinale	Sì	No
36	Viene redatto un piano annuale per l'approvvigionamento dei vaccini sulla base delle necessità previste e dei dati storici	Sì	No
37	Sono presenti procedure scritte per la corretta conservazione dei vaccini (viene assicurata la catena del freddo)	Sì	No
38	Il personale è stato addestrato alla gestione delle situazioni di emergenza (PBLs/BLS)	Sì	No
39	Esiste una procedura scritta per la gestione, la notifica ed il follow-up degli eventi avversi immediati e tardivi	Sì	No
40	Esiste la procedura scritta per l'acquisizione del Consenso Informato/dissenso	Sì	No
41	Sono garantite le misure per il rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili	Sì	No
42	Sono predisposte annualmente campagne di informazione ed educazione sanitaria sul tema vaccinazioni nella comunità	Sì	No
43	E' presente cartella/scheda clinica che contenga informazioni sulle storia clinica individuale con particolare attenzione ad eventuali controindicazioni relative o assolute (allergie note, documentabili, sospette, patologie immunologiche e pregresse reazioni vaccinali)	Sì	No
44	Vengono seguiti periodicamente corsi di formazione per la rianimazione cardio-polmonare (BLS di base)	Sì	No

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORO**  
**RELATIVA ALLA PROPRIETA' O TITOLARITA'**  
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

IL/SOTTOSCRITTO/A

○ **Persona fisica**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

○ **Persona giuridica**

Ditta \_\_\_\_\_ cod. fiscale n. \_\_\_\_\_ con sede/domicilio fiscale in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

Legale rappresentante dal/dalla Sign./Sign.ra \_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale, in caso di falsità in atti e di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

1. che l'immobile risulta censito in catasto al Comune di \_\_\_\_\_, foglio \_\_\_\_\_, mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_ e ubicato in Via \_\_\_\_\_ al civico n. \_\_\_\_\_;
2. che l'immobile risulta essere:
  - di mia esclusiva proprietà;
  - in comproprietà con i seguenti soggetti:
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_;
3. che l'immobile è localizzato a una distanza di mt/km \_\_\_\_\_rispetto all'attuale sede del Distretto Sanitario sito in Piazza san Franco ;

**DICHIARA** altresì,

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della GDPR Reg. (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, recepito in Italia con il D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 (Reg. UE 27 aprile 2016, n. 679), quale informativa sulla Privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/La Dichiarante

.....li.....

.....

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia (chiara e leggibile) di un documento di identità del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORO**  
**RELATIVA ALLA PROPRIETA' O TITOLARITA'**  
(art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

IL/SOTTOSCRITTO/A

○ **Persona fisica**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

○ **Persona giuridica**

Ditta \_\_\_\_\_ cod. fiscale n. \_\_\_\_\_ con sede/domicilio fiscale in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_  
Legale rappresentante dal/dalla Sign./Sign.ra \_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
consapevole della responsabilità penale, in caso di falsità in atti e di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

di non essere interessato da procedure fallimentari e di concordato e di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste per l'esclusione dalla contrattazione con le Pubbliche Amministrazioni secondo la legislazione vigente e che nei propri confronti non sono state ammesse sentenze, ancorché non definitive, relative a reati che precludono la contrattazione con la Pubblica Amministrazione.

Il/La Dichiarante

.....li.....

.....

## MODELLO – OFFERTA CANONE DI LOCAZIONE

MARCA DA BOLLO da € 16,00/ oppure Modello F23 che dimostri il versamento dell'imposta di bollo /  
oppure Ricevuta di pagamento tramite il sistema pago PA

### SCHEMA DI OFFERTA CANONE LOCAZIONE

#### PROCEDURA PER L’AFFIDAMENTO IN LOCAZIONE DI UNA UNITA’ IMMOBILIARE DA ADIBIRE A CENTRO VACCINALE ALL’INTERNO DELLA CITTA’ DI FRANCAVILLA

IL/SOTTOSCRITTO/A

○ **Persona fisica**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_, nat\_ a  
\_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell.  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

○ **Persona giuridica**

Ditta \_\_\_\_\_ cod. fiscale n. \_\_\_\_\_ con sede/domicilio  
fiscale in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p.  
\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_, legale  
rappresentante dal/dalla Sign./Sign.ra \_\_\_\_\_ nella  
sua qualità di \_\_\_\_\_.

#### OFFRE

sul valore di locazione pari a €. 6.00 €/mq. netto x mese, il seguente **ribasso unico**

**percentuale:**

(in lettere) \_\_\_\_\_

(in cifre) \_\_\_\_\_%

#### INDICA

di rendere disponibile l’immobile immediatamente/entro giorni n..... dalla data di comunicazione  
di aggiudicazione

## DICHIARA

Di voler concedere in locazione alla ASL 02 Abruzzo Lanciano Vasto Chieti l'immobile sito in Francavilla alla Via.....  
n.....

- avente una superficie netta di mq .....
- che i costi e gli interventi, nonché quelli da sostenere per eventuali autorizzazioni/nulla osta, nessuno escluso, per rendere usufruibile la struttura all'utilizzo previsto, saranno eseguite a propria cura e spese.

Il Dichiarante

.....li.....

.....