



REGIONE SICILIANA *n. 1079 Dec*
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
CALTANISSETTA *27.06.2021*

VIA G. CUSMANO, 1 - 93100 CALTANISSETTA - COD. FISC. E P. IVA: 01825570854

AVVISO PUBBLICO

PROCEDIMENTO DI RINNOVO DEL COMITATO CONSULTIVO AZIENDALE

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta,

Atteso che si rende necessario procedere al rinnovo del Comitato Consultivo Aziendale (C.C.A.) dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta istituito con delibera n. 212 del 9 febbraio 2011 e rinnovato, dopo l'ultima scadenza triennale, con delibera n° 65 del 09/04/2018;

Visto il Decreto Assessoriale n. 01019 del 15 aprile 2010, emanato in attuazione dell'art. 9 della L.R. n. 5 del 14 aprile 2009, concernente la "Disciplina relativa alle modalità di costituzione, funzionamento, organizzazione, attribuzione dei compiti, articolazioni e composizione dei Comitati Consultivi Aziendali, di cui all'art. 9 commi 8 e 9 della L.R. 5 n. 5 del 14 aprile 2009";

Considerato che il citato D.A. prevede una durata triennale dei C.C.A. e che le Associazioni di utenti e di operatori che operano nel settore sanitario e socio-sanitario nell'ambito territoriale dell'ASP che intendono fornire il proprio contributo al CCA, devono presentare istanza di partecipazione **entro 30 giorni** dalla data di pubblicazione sul sito internet aziendale dell'avviso del procedimento di rinnovo del Comitato;

RENDE NOTO CHE

Sono aperti i termini per la presentazione delle candidature per il rinnovo del Comitato Consultivo Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta;

Le istanze delle associazioni e/o organizzazioni interessate dovranno essere indirizzate a:

Direttore Generale dell'A.S.P. di Caltanissetta, via Giacomo Cusmano n. 1 - 93100 CALTANISSETTA.

La domanda dovrà essere presentata, utilizzando esclusivamente **la modulistica allegata** al presente avviso, compilata in ogni sua parte, firmata e completa della documentazione richiesta, tramite invio al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: **protocollo.asp.cl@pec.asp.cl.it**.

L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, **in un unico file in formato PDF**, deve avvenire esclusivamente verso l'indirizzo PEC sopra indicato.

Nella PEC di trasmissione della domanda l'oggetto dovrà chiaramente indicare la seguente dicitura "Istanza Rinnovo Comitato Consultivo Aziendale ASP CL".

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

Le suddette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione al bando si intendono tassative.

Le istanze dovranno pervenire, pena esclusione, entro e non oltre il 30° giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sull'home page del sito dell'A.S.P. di Caltanissetta, **www.asp.cl.it**.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 2/04/2016, i dati forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, dai soli uffici interessati esclusivamente per le finalità connesse nell'ambito del presente procedimento. Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta.

Il Direttore Generale

Dott. Ing. Alessandro Callagirone



Al Direttore Generale A.S.P. di Caltanissetta
Via G. Cusmano, 1 - 93100 Caltanissetta

OGGETTO: Richiesta partecipazione al Comitato Consultivo Aziendale A.S.P di Caltanissetta di cui all'art. 9, comma 8, della legge regionale 14 aprile 2009 n. 5.

Il/la sottoscritto/a _____,

Presidente dell'Associazione _____,
che opera nell'ambito territoriale di riferimento di codesta Azienda Sanitaria e intende fornire il proprio contributo al fine di migliorare i servizi resi agli utenti,

CHIEDE

alla S.V. la partecipazione della predetta Associazione al Comitato Consultivo Aziendale previsto dall'art. 9, comma 8, della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, ai sensi dell'art.1 del Decreto dell'Assessore della salute del 15 aprile 2010 n. 1019.

In tal senso **delega** a rappresentare l'Associazione nel Comitato Consultivo dell'ASP di Caltanissetta

il Sig./Sig.ra _____,

nato/a a _____, il _____,

residente in _____,

via _____, n. _____ C.A.P. _____,

Recapiti telefonici: _____,

Indirizzo di posta elettronica: _____,

A tal fine **allega** alla presente istanza i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva di notorietà di cui all'allegato n. 1;
- Copia dello statuto e dell'atto costitutivo;
- Relazione delle principali attività svolte;
- Copia del documento di riconoscimento.

Caltanissetta, _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. n.445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, il _____,
residente in _____,
via _____, n. _____, CAP _____,
recapiti telefonici _____,
e-mail _____,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nella qualità di Presidente o Delegato legale rappresentante dell'Associazione/Organizzazione (*indicare la denominazione completa*)

_____ e in riferimento alla medesima,

Dichiara

1. Che l'Associazione/Organizzazione di cui sopra è composta da n. _____ iscritti e/o aderenti;
2. Che la diffusione nell'ambito territoriale di riferimento dell'ASP di Caltanissetta è la seguente: _____;
3. Che le principali finalità statutarie sono relative ad attività di:
 - volontariato e/o tutela dei malati e degli utenti nel settore sanitario e/o sociosanitario;
 - rappresentanza e/o tutela degli operatori del settore sanitario e sociosanitario.
4. Che l'Associazione/Organizzazione di cui sopra è:
 - un'organizzazione/associazione no profit ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 226, "legge quadro sul volontariato", e della legge regionale 7 giugno 1994, n. 22;
 - un organismo di volontariato (legge n. 226/91 e legge n.22/94);
 - un'organizzazione/associazione di tutela dei diritti degli utenti del settore sanitario e sociosanitario;
 - un'organizzazione/associazione rappresentativa degli operatori del settore sanitario e sociosanitario.
5. Che la persona _____, indicata a rappresentare l'associazione/organizzazione nel Comitato Consultivo dell'ASP di Caltanissetta non cumula delega di rappresentanza e/o incarichi in altri Comitati Consultivi delle aziende sanitarie siciliane.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 2/04/2016, di essere consapevole che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Caltanissetta, _____

Il dichiarante _____