



POR FESR EMILIA ROMAGNA 2014-2020

Terza Manifestazione di interesse

Asse 1.

Azione 1.6.1 Interventi per rafforzare la capacità dei servizi sanitari regionali di rispondere alla crisi provocata dall'emergenza epidemiologica da COVID-19

Format di candidatura

***IL PRESENTE FORMAT DI DOMANDA DEVE ESSERE
COMPILATO ESCLUSIVAMENTE ON-LINE***

Format domanda di candidatura

MARCA DA BOLLO
(euro 16,00)
da applicare sull'originale

Codice Marca da Bollo¹: _____

Data emissione Marca da Bollo: gg/mm/aaaa

Esente marca bollo: Autorizzazione nr _____

Alla Regione Emilia-Romagna
Direzione Generale Economia della
conoscenza, del lavoro e dell'impresa
**Servizio Ricerca, Innovazione,
energia ed Economia Sostenibile**
Viale Aldo Moro n. 44 - 40127 Bologna

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ in data

_____ residente in _____ n° _____ c.a.p. _____ Comune
_____ Prov. ____

Codice fiscale _____,

in qualità di legale rappresentante/delegato dell'Azienda sanitaria

Soggetto proponente

Denominazione – Ente di appartenenza	
Partita IVA	
Codice Fiscale	
Forma giuridica	
Sede legale	Via _____ N. ____ Comune _____ CAP _____ Provincia _____
Sede operativa	Via _____ N. ____ Comune _____ CAP _____ Provincia _____
E-mail PEC	

¹ Il richiedente dovrà assolvere all'imposta di bollo con le seguenti modalità:

- dovrà acquistare una marca da bollo di importo pari a € 16,00;
- indicare nella prima pagina della domanda di finanziamento il codice identificativo della marca da bollo (stampato sulla stessa);
- la copia cartacea della domanda sulla quale è stata apposta la marca da bollo di € 16,00 deve essere conservata per almeno 5 anni successivi alla liquidazione del contributo ed esibita a richiesta della Regione.

Legale rappresentante	Nome _____ Cognome _____
Luogo e data nascita	Comune _____ Data _____ (GG/MM/AAAA)
Codice Fiscale	

Dati referente: Responsabile Amministrativo del progetto (*Direttore amministrativo dell'Azienda sanitaria*)

Referente	Nome _____ Cognome _____
Indirizzo	
E-mail	
Telefono	

CHIEDE

di essere ammesso alla concessione del contributo previsto dalla manifestazione di interesse per la realizzazione del progetto di seguito descritto:

Titolo del progetto: _____ (inserire l'Azienda sanitaria) : Interventi necessari per rafforzare la capacità del servizio sanitario regionale di contrastare e contenere la grave crisi sanitaria provocata dall'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Abstract (max 1300): Attraverso il progetto si intendono sostenere le principali azioni messe in campo da _____ (inserire l'Azienda sanitaria), coerentemente con le indicazioni dei livelli nazionale e regionale, necessarie per rafforzare la capacità di risposta del complessivo servizio sanitario regionale alla crisi epidemiologica da COVID-19. Gli interventi riguardano l'acquisizione di specifici beni e servizi finalizzati a rendere più tempestivo ed efficace il servizio erogato agli utenti.

Costo Complessivo: _____ €

Contributo richiesto: _____ €

DICHIARA

di rendere tutte le precedenti dichiarazioni, incluse le dichiarazioni rese negli allegati alla presente domanda, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Format Scheda Progetto

1. Data inizio e data fine progetto

Le azioni cui fa riferimento il presente progetto sono inerenti ad attività che hanno avuto inizio dal _____ e che termineranno entro il _____. *(come data di inizio occorre prendere a riferimento la data del primo giustificativo di spesa quietanzato e come data di fine quella dell'ultimo, anche stimata, purché nell'ambito del periodo di eleggibilità della spesa previsto dalla Manifestazione di Interessi)*

2. Piano dei costi

Tipologia di costo	Totale spesa
A. Acquisto di Dispositivi di protezione individuale	
B. Acquisto di materiale per Tamponi naso faringei e Screening sierologici	
C. Acquisto di Gel igienizzanti	
D. Acquisto di Farmaci per pazienti Covid-19	
E. Acquisto di servizi inerenti a Tamponi naso faringei e a screening sierologici	
Totale Spese	
Contributo richiesto	100%

3. Dettaglio delle spese per tipologie di costo ammissibili

Spese ammissibili per tipologie di costo (elencare gli acquisti effettuati)	Nr pezzi o importo (se del caso)
A. Acquisto di Dispositivi di protezione individuale	
A.1 Mascherine chirurgiche, maschere/Semi-maschere con filtranti facciali (FFP2 e FFP3)	
A.2 Visiere, occhiali protettivi, Ripari facciali	
A.3 Camici, caschi, cuffie/copricapo e tute protettive	
A.4 Guanti, calzari, stivali o scarpe da lavoro chiuse	
A.5 Rimborsi di DPI a Strutture socio sanitarie (DGR 567/2020, note prot. 0501222.U del 14/07/20 e 0637542.U del 5/10/20) e a Strutture private (DGR 344/2020 e Determinazione n. 9898 del 12/06/20)	
A.6 Materiale di consumo per caschi di protezione	
B. Acquisto di materiale per Tamponi naso faringei e Screening sierologici	
B.1 Acquisto di Kit per test diagnostici molecolari, biologici, sierologici (IgA e IgG, IgM) e/o PCR (su tampone, saliva o siero)	
B.2 Reagenti	

B.3 Rimborsi a Strutture private per acquisto di materiale per Tamponi naso faringei e Screening sierologici (DGR 344/2020 e Determinazione n. 9898 del 12/06/20)	
C. Acquisto di Gel igienizzanti	
C.1 Gel o altre soluzioni idroalcoliche, ivi compresi i dispenser (dispenser manuale, elettrico, porta dispenser, etc)	
C.2 Rimborsi Gel igienizzante a Strutture private (DGR 344/2020 e Deter. 9898/2020)	
D. Acquisto di Farmaci per pazienti Covid-19 (farmaci per terapia al paziente COVID)	
D.1 Antinfettivi, immunosoppressori, cortisonici, anticoagulanti, miorilassanti, antipiretici, anestetici, ossigeno	
D.2 Rimborsi a Strutture private di farmaci per il trattamento di pazienti Covid-19, secondo i protocolli in uso presso le Aziende sanitarie (DGR 344/2020 e Determinazione n. 9898 del 12/06/20)	
E. Acquisto di servizi inerenti a Tamponi naso faringei e a Screening sierologici	
E.1 Service di laboratorio	
E.2 Servizi presso terzi (gestione del prelievo e dell'analisi)	
E.3 Test antigenici	
E.4 Rimborsi a Strutture private per acquisto di servizi inerenti a Tamponi naso faringei e Screening sierologici (DGR 344/2020 e Determinazione n. 9898 del 12/06/20)	

4. Indicatori

Codice	Indicatore	Unità di misura	Valore previsto
CV6	Numero di dispositivi di protezione individuale acquistati	Numero di dispositivi	
CV10	Capacità di test per diagnosticare e testare COVID-19 (incluso il test degli anticorpi)	Numero di possibili test	
CV1	Valore totale dei dispositivi di protezione individuale acquistati	Euro	
CV2	Valore delle attrezzature mediche acquistate (ventilatori, letti, monitor, ecc) (in euro)	Euro (da valorizzare solo se pertinente altrimenti mettere zero)	
CV3	Valore dei medicinali collegati al testing e al trattamento del COVID-19 (incluso il costo dei kit per il test, antivirali e altro materiale di consumo) (spesa pubblica totale)	Euro	

Si allegano:

- Scheda progetto da pubblicare ai sensi dell'art. 27, comma1, del D. Lgs. n. 33/2013;
- Dichiarazione di assolvimento degli obblighi relativi all'imposta di bollo;

Luogo e data

**Legale Rappresentante/delegato
(firmato digitalmente)**