



## **POR FESR EMILIA ROMAGNA 2014-2020**

### **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**

## Format domanda di candidatura

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

Codice Marca da Bollo: \_\_\_\_\_

Data emissione Marca da Bollo: gg/mm/aaaa

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

dichiara

- di essere esente dall'obbligo di assolvimento dell'imposta di bollo in quanto \_\_\_\_\_  
(indicare riferimento normativo)
- di essere soggetto all'obbligo di assolvimento dell'imposta di bollo in  
quanto \_\_\_\_\_ (indicare riferimento normativo)

### Soggetto proponente

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Denominazione – Ente di appartenenza |  |
| Partita IVA                          |  |
| Codice Fiscale                       |  |
| Forma giuridica                      |  |
| Sede legale                          | Via _____ N. _____ Comune _____<br>CAP _____ Provincia _____ |

|                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| E-mail PEC            |                                     |
| 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*)

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Referente | Nome _____ Cognome _____ |
| Indirizzo |                          |
| E-mail    |                          |
| Telefono  |                          |

**CHIEDE**

di essere ammesso alla concessione del contributo previsto dal bando per la realizzazione del progetto di seguito descritto:

**Titolo del progetto:** 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.

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. Titolo

Azienda USL \_\_\_\_\_ (oppure Azienda Ospedaliero-Universitaria di \_\_\_\_\_): 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.

### 2. Descrizione

Attraverso il progetto si intendono sostenere le principali azioni messe in campo da \_\_\_\_\_ (inserire l'Azienda USL o Azienda Ospedaliero-Universitaria di), 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.

### 3. 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: ipotesi 01/03/2020-30/06/2021)

### 4. Piano dei costi

| Tipologia di costo  | Totale spesa |
|---|--------------|
| A. Acquisto di Dispositivi di protezione individuale                              |              |
| B. Acquisto di materiale per sanificazione di strutture sanitarie                 |              |
| C. Acquisto di materiale per Tamponi naso faringei e Screening sierologici        |              |
| D. Acquisto di Gel igienizzanti   |              |
| E. Acquisto di Farmaci per pazienti Covid-19                                      |              |
| F. Acquisto di servizi inerenti a Tamponi naso faringei e a screening sierologici |              |

|  |             |
|--|-------------|
| G. Acquisto di servizi di sanificazione a strutture sanitarie    |             |
| H. Acquisto di servizi per Esami diagnostici a pazienti Covid-19 |             |
| I. Acquisto di Tecnologie ed attrezzature biomediche             |             |
| J. Acquisto di Tecnologie ed attrezzature informatiche           |             |
| <b>Totale Spese</b>  |             |
| <b>Contributo richiesto</b>                                      | <b>100%</b> |

**5. Dettaglio delle spese per tipologie di costo ammissibili** *(Le singole tipologie di spesa ammissibile elencate vanno intese a titolo non esaustivo. Ogni eventuale spesa aggiuntiva non già contenuta nell'elenco dovrà essere esplicitata alla voce altro per essere sottoposta ad una verifica di ammissibilità)*

| Spese ammissibili per tipologie di costo (elencare gli acquisti effettuati)  | Nr pezzi o importo (se del caso) |
|--|----------------------------------|
| <b>A. Acquisto di Dispositivi di protezione individuale</b>  |                                  |
| 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 Altro (specificare)  |                                  |
| <b>B. Acquisto di materiale per sanificazione di strutture sanitarie</b>   |                                  |
| B.1 Prodotti detergenti, disinfettanti/antisettici per la sanificazione  |                                  |
| B.2 Altro (specificare)  |                                  |
| <b>C. Acquisto di materiale per Tamponi naso faringei e Screening sierologici</b>  |                                  |
| C.1 Acquisto di Kit per test diagnostici molecolari, biologici, sierologici (IgA e IgG, IgM) e/o PCR (su tampone, saliva o siero)  |                                  |
| C.2 Reagenti   |                                  |
| C.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.4 Altro (specificare)  |                                  |
| <b>D. Acquisto di Gel igienizzanti</b>   |                                  |

|   |  |
|---|--|
| D.1 Gel o altre soluzioni idroalcoliche, ivi compresi i dispenser (dispenser manuale, elettrico, porta dispenser, etc)  |  |
| D.2 Altro (specificare)   |  |
| <b>E.Acquisto di Farmaci per pazienti Covid-19 (farmaci per terapia al paziente COVID)</b>  |  |
| E.1 Antinfettivi, immunosoppressori, cortisonici, anticoagulanti, miorellassanti, antipiretici, anestetici, ossigeno  |  |
| E.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.3 Altro (specificare)   |  |
| <b>F. Acquisto di servizi inerenti a Tamponi naso faringei e a Screening sierologici</b>  |  |
| F.1 Service di laboratorio  |  |
| F.2 Servizi presso terzi (gestione del prelievo e dell'analisi)   |  |
| F.3 Test sierologici (test rapidi anticorpi)  |  |
| F.4 Test antigenici   |  |
| F.5 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)  |  |
| F.6 Altro (specificare)   |  |
| <b>G. Acquisto di servizi di sanificazione a strutture sanitarie</b>  |  |
| G.1 Servizi di sanificazione acquistati da terzi  |  |
| G.2 Rimborsi a Strutture private per acquisto di servizi di sanificazione per attivazione/disattivazione reparti Covid-19 (DGR 344/2020 e Determinazione n. 9898 del 12/06/20)  |  |
| G.3 Altro (specificare)   |  |
| <b>H. Acquisto di servizi per Esami diagnostici a pazienti Covid-19</b>   |  |
| H.1 Radiografia, Tomografia computerizzata, etc.  |  |
| H.2 Rimborsi a Strutture private per Esami diagnostici per pazienti Covid-19 (DGR 344/2020 e Determinazione n. 9898 del 12/06/20)   |  |
| H.3 Altro (specificare)   |  |
| <b>I. Acquisto di Tecnologie ed attrezzature biomediche</b>   |  |
| I.1 Caschi per terapia, flussimetri, aspiratori elettrici, ecotomografi, elettrocardiografi, laringoscopio, defibrillatore bifasico semiautomatico/manuale video-laringoscopi, pompa infusione, pompa peristaltica, pompe siringa, pompe per nutrizione enterale, pompe per nutrizione parenterale, pompe fisse parenterali (service) pulsossimetro, saturimetro, termoscaner, termometri laser, tomografo computerizzato, umidificatore, ventilatori CPAP, elettrocardiografo, carrello emergenza per terapia intensiva, aspiratore portatile, , aspiratore elettrico portatile, barella di bio-contenimento, ecotomografo multidisciplinare, incubatrici per terapia intensiva neonatale, portatili radiologia maceratore, solleva-pazienti, sistema riscaldamento paziente, lampade scialitiche portatili, |  |

|   |  |
|---|--|
| frigo-emoteca, emogasanalizzatori, frigorifero custodia farmaci, massaggiatore cardiaco                           |  |
| I.2 Altro (specificare)   |  |
| <b>J. Acquisito di Tecnologie ed attrezzature informatiche</b>  |  |
| J.1 Centrali di monitoraggio per reparti (Covid-19)   |  |
| J.2 Monitor multiparametrici  |  |
| J.3 Monitor defibrillatore  |  |
| J.4 Software e hardware per servizio di telemedicina, se compatibili con la piattaforma regionale di telemedicina |  |
| J.5 Altro (specificare)   |  |

## 5. 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                     | Automatico (basato sul piano dei costi) |
| P0     | Spesa totale sostenuta per fronteggiare l'emergenza COVID   | Euro                     | Automatico (basato sul piano dei costi) |
| P1     | Spesa totale sostenuta per l'acquisto di materiale e di servizi per Tamponi naso faringei e Screening sierologici e per l'acquisto di servizi per Esami diagnostici a pazienti Covid-19 | Euro                     | Automatico (basato sul piano dei costi) |

Si allegano:

- Procura speciale (o qualsiasi atto valido ai sensi di legge) del legale rappresentante del proponente (firmata digitalmente dal delegato), se la domanda non è firmata dal Direttore generale, corredata da copia della carta di identità del delegante;
- 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;
- Documento di identità, in corso di validità in caso di firma autografa della richiesta di contributo.

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Timbro e firma Legale R.  
o firma digitale**