



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Cirié, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

PI./Cod. Fisc. 09736160012

S.C. Economato/Provveditorato

Via Aldisio, 2 - Ivrea

Segreteria S.C.Economato:

Sig. ra Vera BERTETTI

Segreteria S.C.Provveditorato

Sig.ra Marianna D'ERRICO

Nr. Tel.: 0125/414404

Nr. Fax.:0125/43649

Per Economato: Email:vbertetti@aslto4.piemonte.it

Per Provveditorato: Email:mderrico@aslto4.piemonte.it

Ivrea, 5 febbraio 2015

Prot. 12205
Class.

**AVVISO PER CONVENZIONAMENTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SANGUE
IN REGIME DI URGENZA, COMPRENSIVO DI REPERIBILITA', RISERVATO AD
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO.**

L'Azienda Sanitaria Locale TO4, considerata l'assenza di un Centro Trasfusionale presso i Presidi Ospedalieri di Cirié e Lanzo, nonché l'impossibilità di garantire in forma continuativa il servizio di trasporto sangue da e per la Banca del Sangue di Torino con il proprio personale dipendente, intende attivare una convenzione ai sensi dell'art. 7 della Legge 266/91 (Legge Quadro sul volontariato), con Associazioni di Volontariato regolarmente iscritte all'Albo di Volontariato di cui all'art. 6 della predetta Legge (art. 3 della L.R. 38/94), per la durata di anni 1 a decorrere dal 16 marzo 2015.

Le prestazioni richieste risultano essere le seguenti:

- servizio di reperibilità in stand-by dal lunedì al venerdì nella fascia oraria dalle ore 24.00 alle ore 08.00 (n. 32 ore) ;
- servizio di reperibilità festivo e notturno in stand-by dalle ore 24.00 del venerdì alle ore 08.00 del lunedì (n.56 ore);
- in caso di chiamata, arrivo al Reparto richiedente entro 20 minuti dalla stessa, ritiro delle provette e immediato trasporto delle stesse verso la Banca del Sangue e ritorno al punto di partenza con i prodotti ematici richiesti (sacche di sangue, piastrine, etc.);
- in casi eccezionali, stimati in circa n. 2/3 anno, è prevista l'attivazione in contemporanea di n. 2 unità, di cui 1 unità diretta subito verso la Banca del Sangue, per reperire globuli rossi, piastrine e plasma con gruppo universale per trasportarli al P.O. di Cirié o Lanzo nel più breve tempo possibile, e 1 unità diretta presso il P.O. di Cirié o Lanzo per il prelievo delle provette di determinazione del gruppo sanguigno, per il trasporto delle stesse alla Banca del Sangue, per l'approvvigionamento di sacche ematiche e successivo trasporto al P.O. di Cirié o Lanzo.

Il servizio dovrà essere reso con autoveicoli ad uso speciale, ai sensi dell'art. 54 comma 1 lettera g) e dell'art. 177 comma 1 del Codice della Strada, nel rispetto delle prescrizioni

tecniche dettate dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti 9 settembre 2008.

Dovranno inoltre essere rispettate le seguenti specifiche tecniche relative alle modalità di effettuazione del servizio:

I mezzi utilizzati dovranno riportare all'esterno la decalcomania "Trasporto urgente sangue" ed essere dotati di segnalatore luminoso lampeggiante ed acustico, essere climatizzati e dotati di frigorifero a compressione WAECO, mod. CF 110 collegato alla rete elettrica continua del mezzo, e la cui caratteristica tecnica principale è il mantenimento della temperatura in un range 2/10 gradi centigradi. Il manuale tecnico d'uso e manutenzione dovrà essere conservato a bordo del mezzo.

Il sistema di monitoraggio dovrà utilizzare sensori datalogger di registrazione della temperatura inseriti all'interno dei contenitori durante il trasporto.

Per il trasporto di prodotti piastrinici dovranno essere utilizzati contenitori termici non refrigerati (temperature interna 18°/24°).

Le Associazioni eventualmente interessate al convenzionamento dovranno far pervenire la relativa istanza, corredata da:

- autodichiarazione attestante il possesso dei requisiti previsti dal presente bando ed il rispetto delle specifiche tecniche sopra indicate, redatta utilizzando il modello allegato A);
- preventivo di spesa per l'eventuale convenzionamento per la durata di anni 1, per il servizio di reperibilità, nonché indicazione del costo a chilometro in caso di viaggio effettivo.

Qualora dovessero pervenire più richieste di convenzionamento, l'ASL TO 4 si riserva la facoltà di procedere alla scelta dell'Associazione sulla base dei preventivi formulati mediante atto deliberativo che illustrerà le motivazioni della scelta.

L'ASL TO 4 rimborserà all'Associazione convenzionata le sole spese effettivamente sostenute per l'espletamento delle attività rese a suo favore.

Le istanze dovranno pervenire entro e non oltre il giorno **giovedì 19 febbraio 2015** in busta chiusa indirizzata a: S.C. Economato- Via Aldisio,2 10015 Ivrea.

Per eventuali informazioni di carattere tecnico, sarà possibile contattare la Direzione Sanitaria dei PP.OO. di Cirié/Lanzo al n. 011/9217293;

Per eventuali informazioni di carattere amministrativo, sarà possibile contattare la S.C. Economato ai nn. 0125/414.404/414.738

Il Dirigente Responsabile S.C. Economato
(Dott.ssa Celestina GALETTO)





A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriò, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Allegato A

**AVVISO PER CONVENZIONAMENTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SANGUE IN
REGIME DI URGENZA, COMPRESIVO DI REPERIBILITA', RISERVATO AD
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI
NOTORIETA'**

(D.P.R. n.445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii, in particolare artt.46,47,75 e 76)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in cap _____ città _____ prov _____

Via/C.so/P.zza _____ n. _____

codice fiscale _____

cittadinanza (indicare se diversa da quella italiana) _____

in qualità di _____

e quindi di legale rappresentante dell'Associazione _____

con sede legale in cap _____ città _____ prov _____

Via _____ Tel _____ Fax _____

e sede amministrativa in cap _____ città _____ prov _____

Via _____ n° _____ Tel.: _____ Fax _____ e-mail _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Istituto di Credito _____ Agenzia di _____

IBAN _____

**Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di
formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.200, n.445,
nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente
emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato**



www.regione.piemonte.it/sanita



una sanità in salute fa bene a tutti

emerge la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

DICHIARA

- che il soggetto abilitato a sottoscrivere l'offerta in nome e per conto dell'Associazione istante è il signor _____ nato a _____ il _____ nella sua qualità di : _____
- che l'Associazione _____ è regolarmente iscritta all'Albo di Volontariato della _____ ai sensi dell'art.6 della Legge 266/91 (art. 3 della Legge Regionale 38/94), sezione _____ dal _____;
- che, in caso di convenzionamento, si impegna a rispettare:
 - le modalità di espletamento del servizio, così come richieste dall'avviso di convenzionamento e secondo la normativa dallo stesso richiamata;
 - le specifiche tecniche richiamate nell'avviso di convenzionamento, con riferimento ai veicoli utilizzati ed alle attrezzature richieste;
 - l'avvio delle prestazioni a partire dalla data prevista del 16 marzo 2015.

Letto, confermato e sottoscritto.
(Località e data)

FIRMA DEL DICHIARANTE¹

.....

¹ Firma per esteso e leggibile. Non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione, tuttavia ex art. 38 comma 3 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000, occorre trasmettere unitamente al presente modello, copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.