

Indicazione e/o logo

e intestazione identificativa del soggetto richiedente

Consultazione preliminare di mercato ex art. 77, c. 1 D.Lgs. 36/2023

Spett.le Lepida ScpA

Via della Liberazione, 15

40128 Bologna (BO)

Trasmesso via PEC
all'indirizzo:segreteria@lepida.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'affidamento di servizi di assistenza, manutenzione e formazione sulle Cartelle Cliniche dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Formazione sulle Cartelle Cliniche dei PLS nell'ambito FSE 2.0 (PNRR M6C2 1.3.1).

Il/La sottoscritto/a

_____ nato/a a
_____ () il // ___ residente a
_____ (____) in Via _____ n. ____
C.F. _____

In qualità di (titolare/legale rappresentante/procuratore):

_____ **Dell'operatore economico:**
_____ con sede legale in
_____ (____) Via _____ n. ____ P.IVA/C.F.
_____ Tel. _____ PEC
_____ E-mail

VISTO

l'Avviso Pubblico per acquisire manifestazioni di interesse relative alla consultazione preliminare di mercato ex art. 77, c. 1 D.Lgs. 36/2023;

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

MANIFESTA

l'interesse a partecipare alla procedura in oggetto per i seguenti lotti (barrare la/le casella/e):

- ☐ **Lotto 1:** Servizi di assistenza e manutenzione del software di Cartella Clinica PLS.
- ☐ **Lotto 2:** Servizi di formazione e affiancamento FSE 2.0 (Target PNRR).

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. Presupposti Specifici del Software (Art. 2.1 dell'Avviso)

Relativamente al/i software di Cartella Clinica denominato/i:

_____ l'operatore dichiara (selezionare la condizione posseduta):

- ☐ Di essere il **produttore/proprietario** del software di Cartella Clinica.
- ☐ Di disporre di **diritti** per la manutenzione e/o la formazione sullo stesso.

2. Diffusione e Certificazione (Art. 2.1 dell'Avviso)

L'operatore economico dichiara:

- Che il numero di installazioni attive presso i PLS convenzionati con il SSR della Regione Emilia-Romagna è pari a: _____ (allegare elenco/documentazione come richiesto).
- Che la Cartella Clinica è preventivamente **accreditata e validata a livello nazionale** per l'integrazione con il FSE 2.0.
- Che il software è dotato della componente di **firma digitale** del Patient Summary.
- Che il software è conforme alle specifiche regionali (documento *RER_HL7IT-IG_CDA2_PSS_v1.5-S.pdf*).

3. Requisiti Generali e Impegni

L'operatore economico dichiara:

- Di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 94 e art. 95 del D.Lgs. 36/2023
- Di essere in possesso dei requisiti di idoneità professionale;
- Di accettare integralmente, senza condizione o riserva alcuna, tutte le disposizioni dell'Avviso pubblico della Consultazione preliminare di mercato
- Di impegnarsi a rispettare le disposizioni in materia di privacy (Reg. UE 679/2016) e gli standard tecnici definiti da Lepida ScpA e Regione Emilia-Romagna.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (Obbligatoria)

1. ☐ Copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.
2. ☐ Elenco dei medici utilizzatori o documentazione equivalente atta a comprovare la diffusione sul territorio regionale Emilia-Romagna.

Luogo e Data _____, lì //2026

Il Dichiarante (Firma Digitale)