

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
PER  
“AVVISO PUBBLICO CONVENZIONI STRUTTURE SOCIO-SANITARIE”**

**Comitato Italiano Paralimpico**

**Comitato Regionale CIP \_\_\_\_\_**

**A mezzo pec**

Con riferimento all'Avviso Pubblico di cui in epigrafe, di cui si condividono obiettivi e finalità, \_\_\_\_\_, C.F. / P.I. \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_ (*indicare i dati della struttura che presenta la manifestazione*), in persona di \_\_\_\_\_ (*indicare nome, cognome e qualifica del Rappresentante*), al fine di promuovere l'orientamento e l'avviamento all'attività sportiva dei propri pazienti, partendo dalla fase del ricovero fino alla dimissione, trasmette la propria Manifestazione di interesse alla sottoscrizione di una Convenzione con il Comitato Italiano Paralimpico finalizzata, attraverso un percorso di co-progettazione tra le Parti, (i) all'avviamento alla pratica sportiva di persone con disabilità e/o (ii) all'apertura di sportelli informativi per orientare i pazienti che desiderino avviare e/o proseguire la pratica sportiva paralimpica anche in seguito alla dimissione dalla struttura.

Al riguardo si dichiara la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 2 del suddetto Avviso Pubblico e, in particolare:

I. Requisiti generali

- a) Insussistenza di causa di esclusione di cui agli artt. 94, 95, 96, 97 e 98 del D.lgs. 36/2023 per quanto applicabile e qui richiamato per analogia.
- b) Insussistenza di divieti a contrattare con la pubblica amministrazione previsti dalla normativa vigente.
- c) Assenza di conflitti di interesse, anche potenziali.

II. Altri Requisiti (*selezionare la/le caselle di interesse*)

[ ] In caso di interesse alla sottoscrizione di Convenzioni finalizzate all'avviamento alla pratica sportiva di persone con disabilità, una adeguata struttura in cui siano presenti locali idonei alla attività di

avviamento alla pratica sportiva paralimpica o, in alternativa, i mezzi e personale necessari per il trasporto dei pazienti presso le strutture esterne appositamente individuate;

[ ] In caso di interesse alla sottoscrizione di Convenzioni finalizzate all'apertura di sportelli informativi per orientare i pazienti che desiderino avviare e/o proseguire la pratica sportiva paralimpica anche in seguito alla dimissione dalla struttura, locali adeguati ove poter svolgere tali attività di informazione e orientamento.

Si dichiara, altresì:

1. Natura giuridica della struttura sanitaria che manifesta interesse al convenzionamento:

\_\_\_\_\_

2. Estremi dell'eventuale Convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale: \_\_\_\_\_

3. Descrizione dei pazienti della Struttura (elencare le diverse tipologie di disabilità trattate presso la Struttura):

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

4. Descrizione della struttura:

- a. N° posti letto: \_\_\_\_\_

- b. Infrastrutture disponibili:

- i. Palestre: n° \_\_\_\_; descriverle (se possibile allegando una piantina):

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

- ii. Piscine: n° \_\_\_\_; descriverle (se possibile allegando una piantina):

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

- iii. Attrezzature sportive disponibili: specificare n° e tipologia:

Allegato A)

---

---

iv. Spazi idonei: descriverli (se possibile allegando una piantina):

---

---

v. Discipline sportive paralimpiche già praticate presso la struttura:

---

---

5. Eventuali pregresse esperienze in attività di avviamento alla pratica sportiva di persone con  
disabilità \_\_\_\_\_

---

6. Eventuale disponibilità ad assumere impegni economici: \_\_\_\_\_

7. Motivazioni per cui si intende sottoscrivere la Convenzione con il Comitato Italiano Paralimpico  
(finalità):

---

---

---

Si allega alla presente la visura aggiornata

---

Data e luogo

---

Firma

---

**Proposta di suddivisione degli impegni**

| STRUTTURA SANITARIA  | CIP  |
|--|--|
| <p><u>Messa a disposizione di spazi adatti alle attività sportive.</u></p> <p>Gli spazi in questione devono essere di disponibilità della struttura e quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• o all'interno della stessa;</li> <li>• o in prossimità della stessa. In questo caso si specifica che il trasporto delle persone con disabilità coinvolte non può essere a carico del CIP.</li> </ul> <p><u>Eventuale co-partecipazione all'acquisto di attrezzature sportive.</u></p> <p><u>Eventuale apposito spazio riservato allo Sportello informativo.</u></p> | <p><u>Compenso Tecnici Federali per ciascuna disciplina individuata</u></p> <p><u>Attrezzature sportive</u> (l'importo massimo non può superare il 30% del contributo totale concesso dal CIP). Le stesse, previa sottoscrizione di un Contratto di comodato d'uso, saranno fruite per le attività approvate ma rimarranno di proprietà del CIP;</p> <p><u>Apposita polizza assicurativa CIP</u></p> <p><u>Eventuale Informatore paralimpico che indirizzi gli assistiti alla pratica sportiva in autonomia.</u></p> |