

Al Direttore Generale

ASL Latina

Alla UOC Accreditamento

PEC: [amministrazione@pec.ausl.latina.it](mailto:amministrazione@pec.ausl.latina.it)

**Oggetto: Determinazione regionale n. G05803 del 30/04/2026 – SECONDO AVVISO:**

**Dichiarazione di manifestazione di interesse rivolto alle strutture private accreditate volta ad acquisire la disponibilità a collaborare al Progetto ponte per l'abbattimento delle liste di attesa attraverso l'erogazione di prestazioni aggiuntive per il secondo semestre anno 2026 - soluzioni ponte . - PRESTAZIONI RESIDUE RISPETTO ALLA DELIBERA DG n. 576 del 11/06/2026**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, preso visione dell'avviso di  
manifestazione di interesse, pubblicato da codesta ASL per il recupero delle liste di attesa –  
PROGETTO PONTE ANNO 2026- 2° SEMESTRE – SECONDO AVVISO PER PRESTAZIONI RESIDUE

### MANIFESTA INTERESSE

e disponibilità a collaborare al Progetto Ponte approvato con Determinazione regionale n. G05803 del 30/04/2026, per le prestazioni residuali di cui alla Deliberazione DG n. 576 del 11/06/2026, a tal fine allega alla presente il prospetto (Allegato C) con l'indicazione della tipologia e quantità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che ritiene poter erogare fino al 31 .12.2026

### DICHIARA quindi

di \_\_\_\_\_ essere \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Legale Rappresentante \_\_\_\_\_ dell'Ente erogatore \_\_\_\_\_ (C.F./P.IVA \_\_\_\_\_), con sede legale a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale per la seguente:  
BRANCA \_\_\_\_\_  
BRANCA \_\_\_\_\_  
BRANCA \_\_\_\_\_

in regime di accreditamento con provvedimento \_\_\_\_\_ (indicare numero di provvedimento per branca)

di essere consapevole che l'avviso di manifestazione di interesse indicato in premessa non costituisce necessariamente impegno da parte della ASL di Latina a instaurare futuri accordi contrattuali;

di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione:

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci, allega copia di valido documento di identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma  
Legale Rappresentante

Allegati:

- Copia di documento di identità del Legale rappresentante
  
- ALLEGATO C PROSPETTO PRESTAZIONI RESIDUALI EROGABILI - PROGETTO PONTE – compilato con indicazione della tipologia e quantità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che si intendono erogare al 31/12/2026