REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
5 Friuli Occidentale

20649 18/03/19
Prot. n. ..... del ../../....

AVVISO
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER LA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

SCADENZA: ore 12:00 del 02.04.2019

OGGETTO DEL SERVIZIO

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (di seguito AAS5) intende procedere all'affidamento del servizio di Data Protection Officer (Responsabile Protezione dei Dati), di seguito "DPO", previsto dall'art. 37 e s.s., del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/4/2016 in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Il DPO dovrà assicurare la tempestiva reperibilità negli orari d'ufficio, la propria presenza quando ritenuto necessario e/o richiesto da AAS5 e garantire la presenza presso AAS5 per almeno n. 24 ore la settimana di un "Assistente del DPO" in possesso di Laurea Magistrale in Giurisprudenza e documentata esperienza in materia di trattamento dei dati personali.
I contenuti puntuali del servizio, l'articolazione oraria dell'assistente, il termine per l'esecuzione e ogni altra notizia inerente il servizio saranno meglio specificati nel Capitolato Speciale d'Appalto, che sarà inviato agli operatori economici a mezzo piattaforma Me.P.A.

DURATA DEL SERVIZIO

L'incarico avrà durata di 12 mesi dalla data di sottoscrizione del contratto, rinnovabili per altri 12 mesi.

IMPORTO A BASE D'ASTA

L'importo a base d'asta è fissato in € 80.000,00 (primi 12 mesi).

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

1) Esperienza in materia di Privacy maturata presso Strutture Sanitarie nei 5 anni precedenti la data di scadenza del presente avviso e documentata con incarichi di consulenza e/o verifica e/o controllo per **complessivi 36 mesi di cui almeno 6 mesi svolti dopo la data del 25.05.2018.**
   Ai fini del presente avviso, per Strutture Sanitarie si intendono:
   a) Aziende sanitarie territoriali (ex USL);
   b) Strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, pubblici o privati;

2) iscrizione al bando del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione – Consip nella categoria "Servizi di supporto specialistico" (SERVIZI).

Qualora il fornitore non sia un singolo professionista, dovrà essere indicato/specificato il nominativo del soggetto che assumerà l'incarico di DPO.
Il possesso dei requisiti indicati dovrà essere attestato mediante idonea dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000, utilizzando il modulo Allegato A.

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE
Gli operatori interessati alla procedura devono iscriversi al bando del mercato elettronico e inviare la manifestazione di interesse al seguente indirizzo PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it entro le ore 12:00 del 02.04.2019.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN ALLEGATO ALLA RICHIESTA:
Allegato A: dichiarazione sostitutiva resa *ex* DPR 445/2000 attestante il possesso del requisito di partecipazione di cui sopra (v. p. 1) nella quale compaia: a) l'oggetto dell'attività professionale svolta negli ultimi tre anni; b) l'indicazione puntuale delle date di inizio e fine attività; c) il nominativo del soggetto beneficiario delle prestazioni rese.

MODALITA' DI AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO
- Procedura negoziata art. 36 comma 2 lettera b) D.lgs. 50/2016 e s.m. e i., tramite RDO in MEPA
- Criterio di aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa individuata con il criterio del miglior rapporto qualità/prezzo (70/30).

FASE SUCCESSIVA ALLA RICEZIONE DELLE CANDIDATURE
L'Amministrazione rivolgerà l'invito tramite Me.P.A. ai soggetti che avranno presentato entro i termini, apposita manifestazione di interesse e che risulteranno essere in possesso dei requisiti minimi prescritti dal presente Avviso.

Qualora il numero delle candidature idonee risultasse superiore a 20, AAS5 procederà comunque all'invito di massimo 20 operatori economici che saranno individuati in seduta pubblica - della quale sarà resa nota la data tramite pubblicazione di idoneo avviso sul sito dell'Azienda -Sezione Bandi di gara - presso la Sede di Via Montereale, 24 (Ospedale di Pordenone) - Pad D, I^ piano.

Il sorteggio sarà effettuato attraverso, l'estrazione a sorte di 20 numeri identificativi delle domande, assegnati in modo casuale, tramite il generatore di numeri della Regione Emilia Romagna, https://wwwservizi.regione.emilia-romagna.it/generatore/default.aspx.
Sarà utilizzato come seme generatore il numero di richieste eccedenti il 20.

La Stazione Appaltante si riserva la facoltà di aumentare a propria discrezione il numero dei soggetti da invitare.
Analogamente si riserva la facoltà di procedere anche in presenza di una sola candidatura valida qualora il richiedente sia ritenuto idoneo.

CONDIZIONI GENERALI

Con il presente avviso non è posta in essere alcuna gara d'appalto, ma esclusivamente un'indagine volta ad individuare gli operatori economici in possesso dei requisiti richiesti. La manifestazione di interesse non comporta l'assunzione di alcun obbligo specifico da parte di AAS5 né l'attribuzione di alcun diritto all'operatore economico.

In caso di avvio della procedura, ASS5 provvederà ad adottare i conseguenti atti ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. ASS5 si riserva la facoltà non dar corso ad alcun successivo atto nel caso venga meno l'interesse ad attivare l'iniziativa in argomento. Pertanto nessun rapporto giuridico, diritto o interessi si verranno a costituire a seguito della presentazione della manifestazione di interesse.

TUTELA DELLA PRIVACY E DATI SENSIBILI

Ai sensi del D.gs. n. 196/2003 s.m.i. e del Regolamento (UE) 2016/679, si precisa che i dati richiesti saranno trattati, nel rispetto della normativa vigente, unicamente ai fini della procedura di cui trattasi.

Si evidenzia altresì che i dati richiesti non saranno diffusi, fatto salvo il diritto di accesso dei "soggetti interessati" ex L. 241/90, nonché dell'art. 53 D.Lgs. n. 50/2016 e s.m. e i., che potrebbe comportare l'eventuale doverosa comunicazione dei dati suddetti ad altri partecipanti alla procedura, così come pure l'esigenza dell'Amministrazione di accertamento dei dati dichiarati in sede di gara o comunque previsti *ex lege*.

PUBBLICITA'

Il presente avviso viene pubblicato sul profilo del committente (http://www.aas5.sanita.fvg.it/) – sezione Bandi di Gara.

Per informazioni contattare: Costella dr.ssa Vania - 0434/399706.

SC Approvvigionamenti e gestione contratti
fornitura beni e servizi
Segato dr.ssa Paola

"Allegato A"

OGGETTO: Manifestazione di interesse per la procedura di affidamento del servizio di DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

Spett.
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5
"Friuli Occidentale"
PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

__l __sottoscritt_ _____

CHIEDE

di essere ammess__ a partecipare alla procedura indetta dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" **per l'affidamento del servizio di DATA PROTECTION OFFICER (DPO)**

in qualità di:

- ☐ Operatore Economico singolo;
- ☐ consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2, lett. c), D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- ☐ consorzio di cooperative di cui all'art. 45, comma 2, lett. b), D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- ☐ consorzio tra imprese artigiane di cui all'art. 45, comma 2, lett. b), D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- ☐ raggruppamento temporaneo di imprese di cui all'art. 45, comma 2, lett. d), D.Lgs 50/2016 e s.m.i. qualità di _____(*inserire se mandante o mandataria*);
- ☐ consorzio ordinario di imprese di cui all'art. 45, comma 2, lett. e), D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- ☐ aggregazioni tra imprese di cui all'art. 45, comma 2, lett. f), D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- ☐ GEIE di cui all'art. 45, comma 2, lett. g), D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;
- ☐ Singolo professionista;
- ☐ Società di professionisti;
- ☐ Studio associato;
- ☐ Altro: _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per il rilascio di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

a) di essere nat_ a _____ (Prov. ___) il _____, e residente a _____, (Prov. __) in

Via _____ n° ___, CAP _____; n° cell. _____/_____;

mail _____@_____;

P.E.C. _____@_____;

b) di essere domiciliat__ a _____(Prov. ___) in Via _____, n° ____, CAP _____;

c) di essere in possesso dei seguenti requisiti di **ordine generale**:

1) non trovarsi nelle condizioni di esclusione dalla partecipazione previsti dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
2) non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interesse con l'AAS5 "Friuli Occidentale";
3) non trovarsi in situazioni, cause di esclusione, che comportino il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;

d) di essere in possesso dei seguenti requisiti di **ordine speciale**:

1. in materia di Privacy maturata presso Strutture Sanitarie nei 5 anni precedenti la data di scadenza dell'avviso, come di seguito indicato:

ELENCO SERVIZI PRESTATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO IN FAVORE DI STRUTTURE SANITARIE			
Descrizione del servizio	***Committente***	***Date Servizio***	
		Inizio (../../..)	***Fine (../../..)***

2) di essere iscritto al bando del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione – Consip nella categoria "Servizi professionali fiscali e tributari"(SERVIZI)

Dichiara inoltre di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, la ditta/società verrà esclusa dalla procedura; in tal caso la stazione appaltante ne dà segnalazione all'Autorità che, se ritiene che siano state rese con dolo o colpa grave in considerazione della rilevanza o della gravità dei fatti oggetto della falsa dichiarazione o della presentazione di falsa documentazione, dispone l'iscrizione nel casellario informatico ai fini dell'esclusione dalle procedure di gara e dagli affidamenti di subappalto fino a due anni, decorso il quale l'iscrizione è cancellata e perde comunque efficacia.

Il sottoscritto dà il consenso all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" per la gestione dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy, ai fini dell'espletamento della presente procedura.

Luogo e data *In Fede, il Dichiarante*

Lì, _____ _____

Allegare copia fronte retro di documento di riconoscimento in corso di validità