



UNIONE DI COMUNI MARGHINE

Corso Umberto, n. 186, 08015 Macomer (NU)
Tel 0785/222200 – Fax 0785/222216 – E-Mail info@unionemarghine.it
C.F. 93033380911

Allegato B

Al Responsabile del Servizio Sociale

**Corso Umberto, 186
08015 Macomer (NU)**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO FORNITORI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE
NEL DISTRETTO DI MACOMER PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO INPS - GESTIONE DIPENDENTI
PUBBLICI HOME CARE PREMIUM 2022 dal 01.07.2022 al 30.06.2025**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ nella qualità di legale rappresentante della Società Coop. sociale
_____ con sede legale

in _____ prov. _____ Via _____ tel _____

Fax _____ email _____

PEC _____ C.F. _____

partita IVA _____ posizione INPS _____

posizione INAIL _____

CHIEDE

**DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO FORNITORI PER L'EROGAZIONE DI "PRESTAZIONI INTEGRATIVE"
PROGRAMMA HOME CARE PREMIUM 2022,**
per la fornitura delle seguenti prestazioni
(barrare e compilare le caselle che interessano):

- ☐ **Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali (A)**

- ☐ **Altri servizi professionali domiciliari (B)**
- ☐ **Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (C)**
- ☐ **Sollievo (D)**
- ☐ **Trasferimento assistito (E)**
- ☐ **Pasto (F)**
- ☐ **Supporti (G)**
- ☐ **Percorsi di integrazione scolastica (H)**
- ☐ **Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale (I)**
- ☐ **Servizi per minori affetti da autismo (L)**
- ☐ **Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili (M)**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del sopracitato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

☐ che l'impresa _____ che rappresenta è iscritta nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. di _____ ed attesta i seguenti dati:

- n. di iscrizione nel Registro delle imprese _____:
- data di iscrizione _____;
- per le seguenti categorie di attività:

☐ Che l'Onlus, se tale, risulta regolarmente iscritta all'anagrafe tributaria per le seguenti attività:

☐ che la cooperativa sociale, se tale, risulta regolarmente iscritta all'albo Albo regionale delle Cooperative Sociali della Regione _____ al n. _____, ai sensi della L.381/91 e L.R. n°16/97

☐ che la cooperativa sociale, se tale, risulta regolarmente iscritta all'Albo delle Società Cooperative istituito presso la Direzione generale del Ministero delle Attività Produttive ex D.M. 23.06.2004, con il seguente

oggetto sociale:

- ☐ che L'Associazione di promozione sociale, se tale, risulta regolarmente iscritta nel corrispondente registro ex L.383/2000 e possiede un atto costitutivo o statuto con i seguenti fini istituzionali:

- ☐ che non sussistono ipotesi di esclusione di cui all'art. 80, Del D.Lgs. n. 50/2016;
- ☐ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili così come previsto dall'art. 17 della legge 12.03.99 n°68.:
- L'indirizzo dell'Ufficio competente INPS è _____;
 - Il numero di Matricola INPS è _____
 - Il numero posizione assicurativa Territoriale INAIL è _____;
 - L'indirizzo dell'Ufficio provinciale competente al quale rivolgersi per la verifica del rispetto della L. n°68/99 è _____;
- ☐ che l'impresa stessa è in regola con i versamenti previdenziali
- ☐ che l'impresa rispetta il contratto collettivo di lavoro nazionale e, se esistenti, gli integrativi territoriali e/o aziendali, nonché di tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci
- ☐ di non essersi avvalsi del piano individuale di emersione di cui all'art. 1-bis della L. n° 383/2001
- ☐ di essersi avvalsi del piano individuale di emersione di cui all'art. 1-bis della L. n°383/2001 con conclusione del periodo di emersione
- ☐ che la ditta che rappresenta ha svolto, a regola d'arte e con buon esito, i seguenti servizi identici e/o analoghi a quelli oggetto del presente affidamento:

Periodo	Descrizione	Committente

☐ di essere in regola con gli adempimenti connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel, D.Lgs. n°81/2008 e ss.mm.e.ii.

☐ Che i soggetti di seguito elencati rivestono le cariche di Amministratori muniti di legale rappresentanza:

_____ e _____ di

Direttori tecnici:

☐ Che i soggetti cessati dalla carica nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso sono i seguenti: (titolari, direttori tecnici, amministratori muniti di legale rappresentanza, soci accomandatari):

☐ di possedere almeno 12 mesi di esperienza in servizi socio assistenziali e/o socio educativi per conto di Enti pubblici e/o privati maturati nell'ultimo quinquennio antecedente alla data di scadenza del presente avviso;

- ☐ di possedere la Carta dei Servizi contenente specifici attestati di qualità delle prestazioni a tutela degli utenti ai sensi dell'art. 13 della L. 328/00,
- ☐ di possedere una polizza assicurativa RCT/RCO a copertura di tutti gli eventuali danni arrecati a persone e/o cose nell'esecuzione del servizio con un massimale unico per anno, per persona e per servizio non superiore a € 1.500.000,00.

Per i liberi Professionisti:

- ☐ Relativamente al D.P.R. 137/2012 del 14/08/2012, polizza di Responsabilità Civile Professionale, che tutela il libero professionista da danni per errori, omissioni, negligenza professionale e responsabilità contrattuale causati a terzi, compresi i clienti.
- ☐ Che la ditta manifesta il proprio interesse per l'erogazione delle prestazioni integrative nei seguenti Comuni come indicato in tabella (indicare con una crocetta per quali Comuni e per quali servizi la ditta intende candidarsi):

COMUNI	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Birori											
Bolotana											
Borore											
Bortigali											
Dualchi											
Lei											
Macomer											
Noragugume											
Silanus											
Sindia											

Legenda:

- Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali (A)
- Altri servizi professionali domiciliari (B)
- Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (C)
- Sollievo (D)
- Trasferimento assistito (E)
- Pasto (F)
- Supporti (G)
- Percorsi di integrazione scolastica (H)
- Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale (I)
- Servizi per minori affetti da autismo (L)

- Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili (M)

☐ che la ditta dispone di operatori ADEST o OSS con esperienza di almeno 12 mesi come di seguito indicato:

Operatori Adest:	N.	Operatori OSS:	N.
------------------	----	----------------	----

- ☐ che la ditta dispone di mezzo di trasporto idoneo a trasportare persone :
 modello _____ targa _____
- ☐ che il suddetto mezzo è idoneo a trasportare persone disabili
- ☐ che la ditta possiede la certificazione di qualità UNI EN ISO 9001

Dichiara altresì

- di aver preso visione e di accettare integralmente tutte le condizioni contenute nell'avviso;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III, capo I del D.Lgs. n. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti;
- che le comunicazioni destinate alla ditta devono essere effettuate ai seguenti recapiti:

Indirizzo :

Via _____ N. _____ Cap _____

Località _____ Prov _____

Tel.n. _____ Fax n. _____

Indirizzo email _____ @ _____

P.E.C. _____ @ _____

Lì, _____

TIMBRO DELL'IMPRESA/SOCIETA'
 FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B.: La presente istanza-dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante della Ditta o da persona autorizzata ad impegnare la stessa, mediante delega o procura da allegare contestualmente in copia, deve essere altresì corredata da **fotocopia semplice di valido documento di identità del sottoscrittore**.