

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative previste dal Progetto "Home Care Premium 2022"

Il sottoscritto _____
Nato il _____ a _____
In qualità di _____
dell'impresa/società _____
con sede a _____ in Via _____ nr. _____
codice fiscale n. _____ partita IVA n. _____
codice attività n. _____
tel. _____ PEC _____
e-mail _____

CHIEDE

l'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2019.

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

DICHIARA:

- Di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 80 del D.Lgs 50/2016;
- Di garantire il rispetto dei contratti collettivi nazionali di lavoro, degli accordi sindacali integrativi, degli accordi provinciali, delle norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, degli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti e delle disposizioni di cui alla Legge 68/99;
- Di essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali (DURC);
- Di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previsti dalla normativa vigente in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante;
- Di essere iscritto all' Albo e al Registro professionale (laddove previsto dalla legge in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante);
- Di essere in possesso delle autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio;
- Di avere una esperienza di almeno 24 mesi maturata nell'ambito del servizio per il quale si richiede l'iscrizione all'elenco;
- Di impiegare personale qualificato rispetto al servizio fornito;

- Di avere adeguata conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse della comunità, avendo la sede operativa o avendo operato all'interno del territorio di competenza dell'ATS n. 9 per almeno 12 mesi o in altra forma da documentare.
- Di aver preso visione e quindi accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso;
- Di avere la perfetta conoscenza delle norme generali e particolari che regolano l'erogazione delle prestazioni integrative oggetto del presente Avviso;
- Di possedere idonea copertura assicurativa RCT/RCO per un massimale non inferiore a 500.000,00 euro in corso di validità;
- Di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti e di essere iscritto: INPS sede di _____ cap. _____
via _____ matricola n. _____
INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
e posizione assicurativa _____ e codice ditta n. _____;
- Che l'impresa è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____ come segue: Codice Fiscale e n. d'iscrizione _____ data di iscrizione _____ iscritta nella sezione _____ il _____;
- Che la Cooperativa/Consorzio di cooperative è iscritta ai sensi del D.M. 23.6.2004 all'Albo delle Società Cooperative istituite presso il Ministero dello Sviluppo Economico al numero _____; e di essere iscritto ai sensi del D.M. 23.6.2004 all'Albo delle Società Cooperative presso la Regione _____ al numero _____;
- **Di presentare istanza per l'iscrizione nell'elenco di soggetti fornitori accettando le tariffe massime applicabili come definite nell'avviso e di fornire una o più delle seguenti prestazioni integrative (barrare la prestazione scelta) alla tariffa di seguito specificata:**
 - prestazione professionale resa da psicologo per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 - prestazione professionale reso da logopedista per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 - prestazione professionale reso da fisioterapista per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
- Che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del General Data Protection Regulation (GDPR) – Regolamento Generale sulla Protezione Dati (Regolamento UE n. 2016/679), esclusivamente nell'ambito della procedura di cui al presente Avviso Pubblico.

Titolare del trattamento è l'ASP Ambito 9 di Jesi nella persona della Dott.ssa Marta Filipponi tel.0731.236911 mail: m.filipponi@comune.jesi.an.it.

Luogo e data

Timbro e Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore e copia dei documenti comprovanti il possesso dei requisiti richiesti.