Modello di domanda

Al Responsabile del Comune Capofila
del Distretto Socio –Sanitario N° 2 – Locride Sud
Comune di Locri
Corso Matteotti
89044 Locri (R.C.)

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI SERVIZI E PRESTAZIONI INTEGRATIVE ALL'INTERNO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2014".

Il/la sottoscritto/a_____nato/a _____ il_____residente nel Comune di_____ prov.___.Via/piazza_____ n._____ con sede legale nel Comune di _____ prov_____Via/piazza _____ n. _____con sede operativa nel Comune di_____Prov_____Via/piazza _____n._____CodiceFiscale_____ P.IVA_____Telefono_____Fax _____e-mail _____ espresso riferimento al Soggetto che rappresenta

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di servizi e prestazioni integrative all'interno del Progetto "Home Care Premium 2014 per l'offerta delle seguenti Prestazioni Socio Assistenziali:

- o Servizi professionali domiciliari;
- o Sollievo;
- o Trasferimento assistito;
- o Consegna pasto;

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 cause di esclusione previste dall'articolo 80 del D. Lgs.50/2016;
- ☐ di possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio e/o per la fornitura di ausili e supporti;
- ☐ di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana e di essere iscritto:
  INPS sede di_____cap._____via _____matricola n.____
  INAIL sede di_____cap._____via _____matricola n.____
  posizione assicurativa _____ codice ditta n. _____
- ☐ di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, gli accordi provinciali, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti e di applicare il CCNL _____

☐ di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali indicate nell'Avviso Pubblico e previste dal Bando INPS HCP 2014 nonché dalla normativa vigente;
☐ di rispettare le norme del Decreto Legislativo 196/2003 e del D.Lgs. n. 626/1994;
☐ che l'impresa è regolarmente iscritta:
- o all'Albo delle Società Cooperative di _____ come segue: n. d'iscrizione:_____,data di iscrizione:_____
  nel Registro Provinciale delle Organizzazioni di Volontariato di _____ come segue:
- o n. d'iscrizione:_____,data di iscrizione:_____

☐ che nell'oggetto sociale riportato nell'atto costitutivo e/o nello statuto, è previsto lo svolgimento dei servizi socio-assistenziali per persone non autosufficienti:
Oggetto sociale: _____
☐ di svolgere le seguenti attività, servizi e forniture specifici nel campo della non autosufficienza:
_____
_____
_____
☐ di essere in possesso delle seguenti polizze assicurative (specificare tipologia, numero polizza,validità):
_____
_____
_____

☐ di essere informato che i recapiti per eventuali informazioni a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, fax, telegramma,posta elettronica, PEC sono:
_____
_____

Il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- Copia dell 'Atto costitutivo e dello Statuto;
- Iscrizione All'Albo delle Società Cooperative o Registro Provinciale delle Organizzazioni Volontariato;
- Autocertificazione dell'insussistenza delle condizioni di esclusione di cui all'art 50, del citato decreto legislativo n.50/2016 .
- Copia documento di identità del legale rappresentante firmato.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, secondo il vigente codice della privacy (art. 4, decreto legislativo n. 196/03) ed autorizza inoltre la diffusione dei propri dati ai fini della reperibilità dello/a scrivente da parte di tutti coloro che consulteranno l'elenco pubblico, autorizza altresì il Comune di Locri, in qualità Comune Capofila del progetto HCP 2014, a rendere pubblici, anche attraverso i siti web istituzionali dei Comuni del Distretto socio sanitario Nr. 2 – Locride Sud tutti i propri dati caratterizzanti l'iscrizione nell'elenco medesimo.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante
firma leggibile e per esteso e timbro