INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO
BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA
CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO
SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

MODULO DI ISTANZA

per l'iscrizione all'Albo dei soggetti accreditati a erogare le prestazioni integrative nell'Ambito del Progetto Home care premium 2019 assistenza domiciliare nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Locri

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Presentata dall'operatore economico

Denominazione:_____

REFERENTE

Nome e Cognome _____

indirizzo al quale inviare la corrispondenza:

_____

Telefono _____ Cell. _____

Indirizzo mail _____

Indirizzo PEC _____

Il sottoscritto _____nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n._____
Codice fiscale _____
in qualità di _____
della _____
con sede Sede Legale _____
e Sede operativa _____
n.tel/cel. _____ PEC _____

CODICE FISCALE															
PARTITA I.V.A.															

IBAN																										

INPS

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Pec	**Tel.**	**Matricola Azienda**	

INAIL

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Pec	**Tel.**	**P.A.T.**	

ALTRO ENTE PREVIDENZIALE

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Pec	**Tel.**	**P.A.T./ Codice/Matricola**	

☐ **ovvero di non essere iscritto a nessun Ente** per le seguenti motivazioni: _____

AGENZIA DELLE ENTRATE

Ufficio	indirizzo	CAP	Città
Pec	**Tel.**	**N O T E**	

TIPOLOGIA DI ISCRIZIONE PREVIDENZIALE DELLA DITTA

☐ **datore di lavoro**
☐ **gestione separata committente/associante**
☐ **lavoratore autonomo**
☐ **gestione separata titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione**

DIMENSIONE AZIENDALE N. dipendenti

☐ **da 1 a 5** ☐ **da 6 a 15** ☐ **da 16 a 50** ☐ **da 51 a 100** ☐ **oltre 100**

CCNL APPLICATO al personale dipendente e/o con contratto di collaborazione

☐ **edilizia**
☐ **edile (con solo impiegati e tecnici)**
☐ **altro (specificare settore) _____**

CATEGORIA DI OPERATORE ECONOMICO AI SENSI DELLA L. 180/2011

☐ **GRANDE** ☐ **MEDIA** ☐ **PICCOLA** ☐ **MICRO**

Ufficio Regionale del Lavoro	indirizzo	CAP	Città
Pec	**Tel.**	**N O T E**	

C H I E D E

di essere ammesso alla procedura di cui in oggetto finalizzata iscrizione **all'Albo dei soggetti accreditati a erogare le prestazioni integrative** nell'Ambito del Progetto Home care premium 2019 assistenza domiciliare nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Locri per le seguenti prestazioni integrative indicate nell'avviso: (*barrare con una crocetta nella colonna di destra in corrispondenza della prestazione/i per la quale/i si chiede l'accreditamento*):

Prestazioni integrative	Servizio/Figure Professionali	TARIFFE MASSIME	Indicare con una X
A. SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI RESI DA OPERATORI SOCIO SANITARI ED EDUCATORI PROFESSIONALI	A.1 OSS	€ 20,00/h	
	A.2 Educatore Professionale	€ 20,00/h	
B. ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI	B.1 Psicologo	€ 25,00/h	
	B.2 Fisioterapista	€ 25,00/h	
	B.3 Logopedista	€ 25,00/h	
C. SERVIZI E STRUTTURE A CARATTERE EXTRA DOMICILIARE	C.1 Centri Socio-Educativi Riabilitativi Diurni	€ 35,00/prestazione	
	C.2 Centri Diurni Per Gli Anziani	€ 35,00/prestazione	
	C.3 Centri Di Aggregazione Giovanile	€ 35,00/prestazione	
	C.4 Centri Per L'infanzia	€ 35,00/prestazione	
D. SOLLIEVO	D.1 Sollievo Domiciliare	€ 12,00/h	
E. TRASFERIMENTO ASSISTITO	E1. Trasporto Collettivo Senza Assistenza	€ 25,00/h	
	E2. Trasporto Collettivo Con Assistenza	€ 35,00/h	
	E3.Trasporto Collettivo Con Assistenza Carrozzato	€ 35,00/h	
	E.4 Trasporto Individuale Senza Assistenza	€ 25,00/h	
	E.5 Trasporto Individuale Con Assistenza	€ 35,00/h	
	E.6 Trasporto Individuale Con Assistenza Carrozzato	€ 35,00/h	
	E.7 Trasporto Barellato	€ 40,00/h	
F. CONSEGNA PASTO	F.1 Consegna Pasto	€ 5,00/prestazione	
G. SUPPORTI	G.1 Tipologie art. 20 Lett. G.I Bando Hcp 2019	Costo e tipologia definiti dal PAI del singolo utente nel limite del 10% del budget individuale annuale MAX € 500,00	
	G.2 Tipologie art. 20 Lett. G.Ii Bando Hcp 2019		
	G.3 Tipologie art. 20 Lett. G.Iii Bando Hcp 2019		
	G.4 Tipologie art. 20 Lett. G.Iv Bando		

	Hcp 2019		
	G.5 Tipologie art. 20 Lett. G.V Bando Hcp 2019		
	G.6 Tipologie art. 20 Lett. G.Vi Bando Hcp 2019		
	G.7 Tipologie art.. 20 Lett. G.Vii Bando Hcp 2025		
	G.8 Tipologie art. 20 Lett. G.Viii Bando Hcp 2019		
	G.9 Tipologie art. 20 Lett. G.Ix Bando Hcp 2019		
H. PERCORSI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA	H.1 Servizi Di Assistenza Scolastica Specialistica	€ 25,00/h	
L. SERVIZI PER MINORI AFFETTI DA AUTISMO	L.1 Servizi Per Minori Affetti Da Autismo	€ 25,00/prestazione	
M. SERVIZIO ATTIVITA' SPORTIVE A DIVERSAMENTE ABILI	M.1 Servizi Sportivi	€ 25,00/prestazione	

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità

D I C H I A R A

- di impegnarsi a erogare le prestazioni integrative di cui al Progetto HCP 2019 per le quali chiede l'accreditamento nei modi e nei termini stabiliti dall'avviso e dai documenti ad esso allegati, in linea con la proposta progettuale e la carta dei servizi presentate;
- di rispettare tutte le prescrizioni contenute nella Legge n. 190/2012, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità", nonché di quelle contenute nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza approvato dalla Giunta Comunale di Locri consultabile sul sito istituzionale www.comune.locri.rc.it.
- di impegnarsi in caso di iscrizione all'albo a osservare e far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, il codice di comportamento adottato dal Comune di Locri, pena la risoluzione del patto di accreditamento.
- di impegnarsi a rispettare il patto di integrità approvato dal Comune di Locri.
- l'inesistenza delle cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del Decreto legislativo 6 settembre 2011 n. 159.
- l'inesistenza di alcun divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compreso quanto previsto dall'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs n. 165/2001 (ovvero di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi per il triennio successivo alla cessazione del rapporto ad ex dipendenti pubblici che hanno esercitato, nei propri confronti, poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di appartenenza);

Dichiara inoltre

- ☐ l’inesistenza delle situazioni previste dall’art. 80 del D.Lgs 50/2016;
- ☐ di essere in regola, ove dovuto, con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/1999) e degli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali a favore dei lavoratori dipendenti, ex L. 266/2002 e secondo la legislazione vigente;
- ☐ il rispetto degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.e ii;
- ☐ per quanto di mia conoscenza, l’inesistenza delle situazioni indicate al comma 1 dell’art. 80 del D.Lgs 18/04/2016 n. 50 riguardo i seguenti soggetti:
  - ☐ titolare e direttore tecnico se si tratta di operatore economico individuale;
  - ☐ soci e direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo;
  - ☐ soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice;
  - ☐ tutti i membri del consiglio di amministrazione con legale rappresentanza di direzione o di vigilanza se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
  - ☐ soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o controllo e del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
  - ☐ socio unico persona fisica se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
  - ☐ socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
  - ☐ socio di maggioranza, persona giuridica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio
- ☐ per quanto di mia conoscenza, l’inesistenza delle situazioni indicate al comma 1 dell’art. 80 del D.Lgs 18/04/2016 n. 50 riguardo soggetti cessati, nell’anno antecedente la data di pubblicazione del bando, dalle seguenti cariche:
  - ☐ titolare e direttore tecnico se si tratta di operatore economico individuale;
  - ☐ soci e direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo;
  - ☐ soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice;
  - ☐ tutti i membri del consiglio di amministrazione con legale rappresentanza di direzione o di vigilanza se si tratta di altro tipo di società o consorzio
  - ☐ soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o controllo e del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio
  - ☐ socio unico persona fisica se si tratta di altro tipo di società o consorzio
  - ☐ socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio
  - ☐ socio di maggioranza, persona giuridica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio

OPPURE

che per i soggetti cessati, nell’anno antecedente la data di pubblicazione del bando, dalle cariche sotto indicate è intervenuta una causa di esclusione di cui al comma 1 dell’art. 80 del D.Lgs 18/04/2016 n. 50 e vi è stata completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata come da documentazione allegata:

- ☐ titolare e direttore tecnico se si tratta di operatore economico individuale;
- ☐ soci e direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo;
- ☐ soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice;
- ☐ tutti i membri del consiglio di amministrazione con legale rappresentanza di direzione o di vigilanza se si tratta di altro tipo di società o consorzio

☐ soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o controllo e del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio

☐ socio unico persona fisica se si tratta di altro tipo di società o consorzio

☐ socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio

☐ socio di maggioranza, persona giuridica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio

I N O L T R E D I C H I A R A

☐ di autorizzare, qualora un partecipante alla procedura eserciti - ai sensi della Legge n. 241/90 - la facoltà di "accesso agli atti", il Comune di Locri a rilasciare copia di tutta la documentazione presentata per la partecipazione alla procedura;

ovvero

☐ non autorizzare l'accesso alle parti relative alla proposta progettuale, in quanto motivatamente coperte da segreto tecnico/commerciale;

Note:
1. nel caso in cui nell'anno antecedente (ossia i 365 giorni antecedenti la data di pubblicazione del bando) sia avvenuta una cessione di azienda o di ramo d'azienda, (in qualsiasi forma compreso l'affitto) incorporazione o fusione societaria, la dichiarazione deve essere prodotta, anche per i soggetti sopra indicati che hanno operato presso la società cedente, incorporata o le società fusesi, ovvero che sono cessati dalla relativa carica.
2. il concorrente indica tutte le condanne riportate, comprese quelle per le quali i soggetti sopracitati hanno beneficiato della non menzione.
3. il concorrente non è tenuto ad indicare solo le condanne per reati depenalizzati o dichiarati estinti, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione.
4.per l'individuazione dei soggetti sopracitati dovrà essere presentata dichiarazione del legale rappresentante dalla quale risultino i nominativi di tutti i soggetti sopra richiamati, come da modello predisposto dall'amministrazione.

Lo scrivente acconsente ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 al trattamento dei propri dati, anche personali, per le esclusive esigenze concorsuali e per la stipula di eventuale contratto.
Allego congiuntamente *alla presente fotocopia non autenticata del mio documento di identità.*

Data ……..

Il Legale Rappresentante

…….

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO
BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA
CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO
SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

MODULO DI ISTANZA
per l'iscrizione all'Albo dei soggetti accreditati a erogare le prestazioni integrative nell'Ambito del Progetto Home care premium 2019 assistenza domiciliare nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Locri

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITA' TECNICA E PROFESSIONALE

Il sottoscritto _____nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n._____
Codice fiscale _____
in qualità di _____
della _____
con sede Sede Legale _____
e Sede operativa _____
n.tel/cel. _____ PEC _____

CODICE FISCALE															
PARTITA I.V.A.															

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

D I C H I A R A

☐ di possedere nei cinque anni antecedenti la scadenza dell'avviso di almeno due anni di esperienza anche non continuativa nella gestione di servizi analoghi alle prestazioni integrative per cui l'operatore economico intende accreditarsi.

Oggetto del contratto	Contraente	Periodo d'esecuzione	Importo
		Dal…....al…..….	

		Dal…....al…..….	
		Dal…....al…..….	
		TOTALE	

- ☐ di garantire le figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni integrative per le quali intende accreditarsi, secondo quanto previsto dal documento "*Elenco delle prestazioni obbligatorie per l'esecuzione del servizio di "Home Care Premium 2019*".

E / O

- ☐ pronta disponibilità al momento dell'attivazione delle prestazioni integrative per le quali intende accreditarsi, dei profili professionali necessari secondo quanto previsto dal documento "*Elenco delle prestazioni obbligatorie per l'esecuzione del servizio di "Home Care Premium 2019*".

Dichiara inoltre

di prendere atto del divieto di avvalimento e tutte le eventuali forme assimilabili al subappalto, secondo quanto previsto dal bando.

Lo scrivente acconsente ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 al trattamento dei propri dati, anche personali, per le esclusive esigenze concorsuali e per la stipula di eventuale contratto.

Allego congiuntamente *alla presente fotocopia non autenticata del mio documento di identità.*

Data ……..

Il Legale Rappresentante

…….

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO
BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA
CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO
SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

REQUISITI DI IDONEITÀ RISPETTO ALL'OGGETTO DEL SERVIZIO

Il sottoscritto _____nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n._____
Codice fiscale _____
in qualità di _____
della _____
con sede Sede Legale _____ Sede operativa _____
n.tel/cel. _____ PEC _____

CODICE FISCALE															
PARTITA I.V.A.															

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

D I C H I A R A

di essere iscritto/a nell'Albo/Registro dell'Ordine degli _____ della Provincia di _____ dal_____ al numero_____ e di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine.
di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo di_____
specializzazione/abilitazione:_____
conseguito il _____presso _____
Data ……..

Il Legale Rappresentante
……

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO
BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA
CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO
SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

ELENCO DEI SOGGETTI CESSATI NELL'ANNO ANTECEDENTE LA PUBBLICAZIONE DEL BANDO

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il sottoscritto ……
nato a …… il ……
residente a ……in via ……
in qualità di ……
(*indicare la carica sociale ricoperta)*

della società (*denominazione e ragione sociale*) ……

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

D I C H I A R A

Che i soggetti cessati nell'anno antecedente la pubblicazione del bando sono i seguenti

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE

Data ……..

Il Legale Rappresentante

……

Nota

nel caso in cui nell'anno antecedente (ossia i 365 giorni antecedenti la data di pubblicazione del bando) la data di pubblicazione del bando sia avvenuta una cessione di azienda o di ramo d'azienda, (in qualsiasi forma compreso l'affitto) incorporazione o fusione societaria, la dichiarazione dovrà indicare anche per i soggetti che hanno operato presso la società cedente, incorporata o le società fusesi, ovvero che sono cessati dalla relativa carica.

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO, INDUSTRIA, ARTIGIANATO E AGRICOLTURA, ALBO COOPERATIVE SOCIALI, REGISTRO ASSOCIAZIONI PROMOZIONE SOCIALE, ANAGRAFE ONLUS ECC.

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

(resa ai sensi dell'art. 46 Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa n. 445/2000)

Il/La sottoscritt__ .....

nat__ a .....

il ..... residente a .....

Via .....

C.F. .....

nella sua qualità di .....

della Impresa .....

D I C H I A R A

che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di .....

con il numero Repertorio Economico Amministrativo .....

con iscrizione Impresa Sociale .....

Denominazione: .....

Forma giuridica: .....

Sede:.....

Sedi secondarie e Unità Locali .....

Codice Fiscale: .....

Data di costituzione .....

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
Numero componenti in carica: .....

PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI .....
Numero componenti in carica

COLLEGIO SINDACALE
Numero sindaci effettivi: .....

Numero sindaci supplenti .....

OGGETTO SOCIALE:

COMPONENTI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
(Presidente del C.d.A., Amministratore Delegato, Consiglieri)

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI (OVE PREVISTI)

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

COLLEGIO SINDACALE
(sindaci effettivi e supplenti)

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

COMPONENTI ORGANISMO DI VIGILANZA (OVE PREVISTO)

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI

(indicare quote percentuali di proprietà)

NOME COGNOME LUOGO E DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE* QUOTA %
*se persona fisica

DENOMINAZIONE SEDE LEGALE CODICE FISCALE PARTITA IVA** QUOTA %
** se persona giuridica

DIRETTORE TECNICO (OVE PREVISTI)

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

LUOGO DATA

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

_____

Nota
Dovranno essere indicati i trasferimenti/affitti di azienda ed i soggetti cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO
BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA
CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO
SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL BANDO
(ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000)

☐ Raggruppamento temporanea d'Impresa (RTI)_____

☐ Consorzio di cui all'art. 45 comma 2 lettera e) del D.Lgs 18/04/2016 n. 50

costituita dalle seguenti società:

1. **Capogruppo (o consorziata equivalente)**_____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

I sottoscritti

Nome e Cognome _____ **nato a** _____ **il** _____

in qualità di (*indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

Nome e Cognome _____ **nato a** _____ **il** _____

in qualità di (*indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

Nome e Cognome _____ **nato a** _____ **il** _____

in qualità di (*indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

Nome e Cognome _____ **nato a** _____ **il** _____

in qualità di (*indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

DICHIARANO congiuntamente di partecipare come segue

Denominazione Operatore Economico		% di partecipazione	% di esecuzione
Capogruppo o consorziata equiparata			
Mandante /esecutrice 1			
Mandante/ esecutrice 2			
Mandante/ esecutrice 3			
Mandante/ esecutrice 4			
		100%	100%

DICHIARANO INOLTRE

di impegnarsi, in caso di esito positivo dell'accreditamento, a conferire mandato collettivo alla capogruppo, la quale stipulerà il relativo patto in nome e per conto proprio e delle mandanti e a produrre, entro il termine indicato nella comunicazione di accreditamento, atto notarile di Raggruppamento temporaneo di imprese dal quale risulti:

- il conferimento di mandato speciale gratuito ed irrevocabile a chi legalmente rappresenta l'impresa capogruppo;
- l'inefficacia nei confronti dell'Ente accreditante, della revoca del mandato stesso per giusta causa;
- l'attribuzione al mandatario, da parte delle imprese mandanti, della rappresentanza esclusiva anche processuale nei confronti dell'ente accreditante per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dall'accreditamento fino alla estinzione di ogni rapporto.

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

Allego congiuntamente alla presente fotocopia non autenticata il documento di identità di ciascun soggetto firmatario

INPS Istituto Nazionale Previdenza Sociale

AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Città di Locri
Comune Capofila

AFRICO – ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO
BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA
CIMINÀ - FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATÌ – PORTIGLIOLA – SAMO
SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Per consorzi di cui all'art. 45, comma 2 lettera b) e c) del D.Lgs 18/04/2016 n. 50
Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il sottoscritto ……

nato a …… il ……

residente a ……

in via ……,

in qualità di ……
(*indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

Della società (*denominazione e ragione sociale*) ……

D I C H I A R A

di partecipare:

☐ in proprio

☐ per la/le seguente/i consorziata/e

_____
_____
_____

Data ……..

Il Legale Rappresentante