**ALLEGATO B -** Schema di domanda per l’ammissione all'elenco di fornitori riferiti a STRUTTURE ASSOCIATE /COOPERATIVE per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del progetto Home Care Premium 2022 - Assistenza Domiciliare.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**MODELLO PER ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI PRESTAZIONI INTEGRATIVE HCP 2022**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 E 48 DEL DPR 445/2000**

(da rendere, sottoscritta dal titolare o legale rappresentante, in carta semplice con allegata la fotocopia di un documento di identità personale valido, ai sensi della normativa vigente in materia di semplificazione amministrativa)

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9\_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’Impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.Iva . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. n. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC (OBBLIGATORIA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **CHIEDE L’ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI HCP 2022**

## Come Cooperativa Sociale/Consorzio di Coop. Sociali;

* Come Organizzazione di volontariato;
* Come Associazione di promozione sociale;
* Come Associazione/Fondazione/Istituzione a carattere privato non a scopo di lucro;
* Come Impresa commerciale;

per la fornitura di una o più prestazioni come di seguito specificate ex all’art. 10 dell’Accordo INPS/Comune di Alatri per HCP 2022:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESTAZIONE INTEGRATIVA** | **COSTO RICONOSCIUTO** | **IMPORTO UNITARIO** | **NOTE** |
| A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali | Costo orario personale di assistenza (OSS e/o educatore prof.le) | € 20,00 max |  |
|  | Costo orario personale di assistenza Educatore Professional | € 25,00, max |  |
| B) Altri servizi professionali domiciliari | Costo orario personale  (psicologo, logopedista e/o fisioterapista) | € 25,00 max |  |
|  | Costo orario personale  logopedista) | € 40,00 max |  |
| C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare | Costo accesso giornaliero c/o struttura diurna (centri socio educativi riabilitativi diurni, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri di aggregazione giovanile, centri per l’infanzia) | € 50,00 max |  |
| D) Sollievo | Costo orario assistente familiare (sollievo domiciliare, diurno) | € 20,00 max |  |
|  | Costo orario assistente familiare diurno extra domiciliare, residenziale | € 50,00 max |  |
|  | Costo orario assistente familiare Residenziale | € 25,00 max |  |
| E) Trasferimento/trasporto assistito | -Trasporto collettivo senza assistenza  -Trasporto collettivo con assistenza  -Trasporto collettivo con assistenza carrozzato  -Trasporto individuale senza assistenza  -Trasporto individuale con assistenza  -Trasporto individuale con assistenza carrozzato | € 30,00 max  € 40,00 max  € 50,00 max  € 30,00 max  € 40,00 max  € 50,00 max |  |
| G) Supporti | Costo singolo supporto | €100,00 max | In base al budget disponibile sarà possibile valorizzare fino ad un massimo di 9 tipologie supporti con impiego massimo del 20% del Budget utente |
| H) Percorsi di integrazione scolastica e servizi di assistenza scolastica specialistica | Costo orario personale (unità)  (educatore professionale, pedagogista, psicopedagogista, etc.) | € 25,00 max |  |
| I)Servizi di Intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e l’inserimento occupazionale | Percorso di inserimento occupazionale | € 25,00 max |  |
| L) Servizi per minori affetti da autismo | Servizi per minori affetti da autismo | € 50,00 iva incusa |  |
| M) Servizio di attività sportive | Servizi sportivi | € 40,00 iva inclusa |  |

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione mendace è punita ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

**DICHIARA**

* di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione previste dall’art. 32 ter del Codice Penale e dall’art. 80 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016;
* che l’impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di ………………………………………….…….

……………………………………. con il numero ………………………………………… per le seguenti attività ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* che l’Impresa, al fine dell’idoneità professionale di cui all’art. 83, comma 3, D.Lgs. 50/2016 e ss..mm.ii., per lo svolgimento delle prestazioni previste nell’avviso pubblico, è iscritta:
* al REGISTRO DELLE IMPRESE presso la C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* all'ALBO REGIONALE DELLE COOPERATIVE SOCIALI concernente la gestione dei Servizi socio-assistenziali, sanitari ed educativi di cui all'art. 1, comma 1, lettera a), legge 8-11-1991, n. 381 della Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il Decreto/Determinazione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* ALL’ALBO NAZIONALE DEL MINISTERO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE istituito con D.M. 23 giugno 2004 al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* all’ALBO REGIONALE DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO;
* al REGISTRO REGIONALE DELL’ ASSOCIAZIONISMO;
* al REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE DELLA PREFETTURA DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

altro(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere il legale rappresentante dell’impresa ……………………………………………. e dotato di idonei poteri in merito alla sottoscrizione di contratti con la Pubblica Amministrazione;
* che i soci e gli amministratori con poteri di rappresentanza sono (indicare i nominativi, le Qualifiche, le date e luoghi di nascita e residenza):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui alla Legge n. 68/1999 e non essere incorso nei due anni precedenti alla presente procedura, nei provvedimenti previsti dall’art. 44 del D.Lgs. n. 286 del 25.7.1998 in relazione all’art. 43 dello stesso Testo Unico per gravi comportamenti ed atti discriminatori;
* insussistenza delle cause di esclusione di cui all’art. 9, comma 2 lettera c) del D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i.
* che il numero di posizione INAIL è ………………, che quello INPS è …………………, che il codice Ditta è ……………………….
* di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto delle condizioni contrattuali e di tutti gli oneri compresi quelli relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza ed assistenza in vigore nel luogo dove devono essere eseguite le prestazioni;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
* che l’impresa si impegna ad osservare leggi, norme e regolamenti in ordine al CC.NN. di categoria relativamente al personale;
* che l’Impresa ha almeno una sede operativa nel territorio provinciale di Frosinone al seguente indirizzo (compilare se diverso da quello della sede legale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver maturato un’esperienza almeno biennale nel campo dei servizi per i quali si richiede l’iscrizione;
* che l’impresa, al fine dell’erogazione delle prestazioni per le quali richiede l’iscrizione e nel rispetto di quanto previsto nell’Avviso pubblico, ricorrerà all’impiego delle seguenti risorse umane (specificare numero e qualifica professionale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di impegnarsi ad assicurare la continuità e la regolarità delle attività/servizi per le quali si è resa disponibile per tutta la durata del Progetto e per ciascun Piano di intervento sottoscritto con l’utenza;
* di aver preso visione dell’Avviso pubblico e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
* di accettare, in particolare, quanto previsto nel bando nella sezione “Procedura operativa” con riferimento ai termini e alle modalità di pagamento delle prestazioni;
* di essere a conoscenza e accettare, in particolare, che a seguito dell’iscrizione nel Registro dei fornitori tutti i rapporti giuridici ed economici faranno capo ai soggetti iscritti e che nessun rapporto si instaurerà tra il fornitore della prestazione ed il Comune di Alatri, che non assume alcun obbligo né responsabilità in ordine all’affidamento delle prestazioni che rimane libera scelta del beneficiario.
* di indicare il conto corrente dedicato alla prestazione in parola (indicare il numero del conto e i dati identificativi di tutti i soggetti delegati ad operare su quel conto):

🞎 Accredito su c/c bancario/postale:

Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN (composto come sotto riportato)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAESE | | CIN.EUR | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | N. DI CONTO CORRENTE (CON GLI ZERI INIZIALI) | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Intestatario/i del conto:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nel caso di conto già esistente, per le operazioni finanziarie relative ad una commessa pubblica, è necessario comunicare tali dati entro 7 giorni dall’utilizzo del conto stesso, mentre nel caso di accensione di un nuovo conto corrente, sarà necessaria la comunicazione entro 7 giorni dall’accensione (vedi par. 7 della Determinazione n. 4/2011, aggiornata con Delibera n. 556/2017 e articolo 3 comma 7 della legge n. 136/2010).*

* di essere in regola con gli adempimenti contributivi/previdenziali previsti; di detenere regolare documento unico di regolarità contributiva;
* di aver preso conoscenza degli obblighi e degli oneri relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, assicurazione, condizioni di lavoro, previdenza e assistenza in vigore nel luogo dove devono essere eseguite le prestazioni in parola assicurano piena osservanza e copertura assicurativa di specie;
* di impegnarsi ad osservare ogni prescrizione di legge prevista per l’esecuzione della prestazione per la quale si candida con espresso rinvio alle sesse;
* di accettare che le notificazioni del Settore Sociale comunale/Distretto avvengano a mezzo Pec all’indirizzo comunicato quale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

Il sottoscrittore della presente è consapevole ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 76 del testo unico di cui al D.P.R. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di falsità in atti e del fatto che l’Amministrazione ai sensi dell’art. 71 del citato testo unico, si riserva la facoltà di effettuare controlli anche a campione sulle dichiarazioni prodotte, acquisendo la relativa documentazione.

Data ………………………………… Firma ...............................................................

**INFORMATIVA PRIVACY**

*Informato, ai sensi dell’art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di Piano del Distretto Sociale A di Alatri. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Alatri, Capofila del Distretto Sociale A di Alatri, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell’Ufficio di Piano.*

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all’Avviso per l’iscrizione al registro dei fornitori HCP 2017.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma (RAPPRESENTANTE LEGALE)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Allega:

1. Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;
2. Curriculum della ditta;

Copia statuto e atto costitutivo.