

Al Comune di Pauli Arbarei
Ufficio di Servizio Sociale
Via Giovanni XXIII n° 6
09020 PAULI ARBAREI (VS)

Oggetto: Manifestazione d'interesse per la costituzione di un albo di prestatori accreditati per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare attraverso voucher sociali - periodo dal 01.01.2026 al 31.12.2027".

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

nella qualità di legale rappresentante della Ditta:

con sede legale in _____ prov. _____

Via _____ n. _____ tel _____

E-mail _____

PEC _____

C.F. _____ partita IVA _____

posizione INPS _____

posizione INAIL _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE PER LA PROCEDURA IN OGGETTO

e chiede di essere inserito nell'elenco dei prestatori accreditati per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare attraverso i voucher sociali.

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

(BARRARE E COMPILARE LE CASELLE CHE INTERESSANO):

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/codice fiscale nel Registro delle imprese _____:
- data di iscrizione _____;
- per le seguenti categorie di attività:

☐ 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 nell'anno antecedente la data di pubblicazione del presente avviso sono i seguenti: (titolari, direttori tecnici, amministratori muniti di legale rappresentanza, soci accomandatari):

☐ 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;

☐ che non sussistono ipotesi di esclusione di cui di cui agli artt. da 94 a 98 del D. Lgs n. 36/2023;

☐ 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'attestazione del requisito dovrà altresì indicare:

- L'indirizzo dell'Ufficio competente INPS _____;
- Il numero di Matricola INPS _____;
- Il numero posizione assicurativa Territoriale INAIL _____;
- L'indirizzo dell'Ufficio provinciale competente al quale rivolgersi per la verifica del rispetto della L. n°68/99 _____;

☐ che l'impresa è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei propri lavoratori (DURC);

☐ 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 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, per quanto riguarda attività analoghe svolte per enti pubblici, l'impresa non è mai stata soggetta a risoluzioni o interruzioni di contratti causati da inadempienze del proprio operato o inadempienze contrattuali;

☐ di impegnarsi all'accettazione del Patto d'Integrità ai sensi dell'art. 4 del regolamento ANAC 2014 in materia di vigilanza e di accertamenti ispettivi dell'art. 1, comma 17 della legge n. 190/2012 su Patti di Integrità (All. A2);

☐ di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di Comportamento dei Dipendenti del Comune di Pauli Arbarei di cui alla Delibera di G.C. n.7 del 29/01/2014 e si impegna, ad osservare e far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto Codice;

☐ che la ditta, nell'ultimo triennio antecedente alla data di pubblicazione del presente avviso, ha svolto, a regola d'arte e con buon esito, i seguenti servizi socioassistenziali per conto di Enti pubblici:

Periodo	Descrizione	Committente	Importo al netto dell'Iva

☐ 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 il suddetto mezzo è idoneo per il trasporto di persone disabili: ☐ senza assistenza ☐ con assistenza ☐ con assistenza carrozzato ☐ barellato;

☐ che la ditta possiede la certificazione di qualità conforme alla normativa europea della serie UNI EN ISO 9001 2015 IAF 38;

☐ 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 inferiore a € 2.000.000,00;

☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del regolamento UE

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 del Regolamento UE 2016/679, 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. _____

Indirizzo e-mail _____

PEC _____

Luogo e data

TIMBRO DELLA DITTA
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il modulo è comunque scaricabile in formato word modificabile, direttamente dal sito web del Comune di Pauli Arbarei all'indirizzo www.comune.pauliarbarei.su.it