

“ALLEGATO B”

Al Sig. Sindaco del Comune Capofila
ATS – Distretto Corigliano-Rossano
Via Abenante, 85
87064 Corigliano-Rossano CS

OGGETTO: PROGETTO “HOME CARE PREMIUM 2019” DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’ ALBO DEI FORNITORI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Provincia _____
il _____ documento di identità _____ n. _____

in qualità di _____ del/ della _____

denominazione _____ forma giuridica _____

con sede legale a _____ indirizzo _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

PEC _____ Partita IVA _____

Codice fiscale _____

Iscritto nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato
di _____ al n. _____ del _____
per il settore _____

Iscritto all’Albo delle Società Cooperative al n. _____ del _____ Sez. _____

Vista la Det. n. _____ del _____ e l’Avviso Pubblico di cui all’oggetto, manifestando
con la sottoscrizione della presente, l’interesse all’erogazione delle prestazioni integrative di cui
trattasi

CHIEDE

di essere inserito nell’ ALBO DEI FORNITORI di prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2019”, promosso dall’INPS al quale l’ambito territoriale Media Valle Crati, ha aderito quale Soggetto proponente, per la fornitura delle seguenti prestazioni:

- A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori Professionali. 20,00 € ora;
- B) Altri servizi professionali domiciliari: servizi professionali resi da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti. 25,00 € ora;
- D) Sollievo. 12,00 € ora;
- G) Supporti. 50,00 €;
- H) Percorsi di integrazione scolastica; 20,00 € ora;
- L) Servizi per minori affetti da autismo. 25,00 € ora;
- M) Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili. 20,00 € ora;

N) Servizi differenziati in base alle esigenze del territorio di riferimento, concordati in base alle esigenze del territorio di riferimento. € 50,00;

A tal fine, consapevole delle pene stabilite ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

DICHIARA

- a. di essere iscritto al Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore di competenza per le forniture suddette, numero _____ data di iscrizione _____, forma giuridica _____, nominativo della persona a cui spetta la rappresentanza legale e i poteri conferiti a detta persona _____;
- b. di essere iscritto all'Albo delle Società Cooperative istituito con Decreto 24.06.2004 del Ministero delle Attività Produttive, numero _____, data _____ sezione di iscrizione _____ (se trattasi di Società Cooperative);
- c. che nei confronti del titolare o legale rappresentante e dei componenti degli organi di amministrazione, non sono state emesse sentenze di alcuna condanna passata in giudicato per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale o, comunque, per delitti finanziari e che nulla risulta a carico degli stessi soggetti nel casellario giudiziario;
- d. di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione o situazioni equivalenti e inesistenza di domande pendenti di concordato e/o di amministrazione controllata;
- e. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
- f. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, e delle tasse;
- g. di non avere pendenti, a carico del legale rappresentante, degli amministratori e dei loro familiari, procedimenti per i reati previsti dall'art. 416 bis del Codice Penale (associazioni di tipo mafioso, ex art. 1 della Legge n. 646/82, art. 85 D.Lgs. 159/2011) C che gli stessi non sono stati condannati per taluno di essi;
- h. di essere in regola con la disciplina in materia di sicurezza ai sensi del D. Lgs. 81/08;
- i. di rispettare, nei confronti dei propri dipendenti, i vigenti C.C.N.L. ed i contratti integrativi di categoria di riferimento.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di essere consapevole del costo dei servizi, indicati nell'avviso e di accettare senza riserve che, per quanto attiene ai pagamenti delle prestazioni integrative in favore dei fornitori, gli stessi sono subordinati alla validazione periodica da parte dell'INPS della rendicontazione della spesa presentata dal Comune, oltre che all'effettivo trasferimento delle relative risorse finanziarie.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Ente al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. 196/2003, art.13 e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Si allega alla presente

1. Copia leggibile della carta di identità del legale rappresentante della Ditta /Cooperativa Sociale/ Esercizio Commerciale abilitato alla vendita di supporti sanitari o documento di riconoscimento equipollente per legge, in corso di validità.
2. Copia dell'atto Costitutivo, dello statuto e del Curriculum (se trattasi di Cooperativa Sociale).

Luogo, data

Firma