

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL “PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022”, FINANZIATO DA INPS – CIG: B35B0AE993

ALLEGATO A.1 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

1

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 (Prov. _____) il ____/____/_____, C.F. _____,
 residente in _____ (Prov. _____), CAP _____,
 Via/Piazza _____ n. _____,
 Telefono _____ Cellulare _____,
 E-mail _____ PEC _____

In qualità di Legale Rappresentante del fornitore di seguito indicato:

Denominazione _____
 C.F./Partita IVA _____
 Sede Legale (*indirizzo*) _____
 Sede Operativa (*indirizzo*) _____
 Telefono _____, E-mail _____
 PEC _____;

Costituito nella seguente forma giuridica:

<input type="checkbox"/>	Impresa
<input type="checkbox"/>	Libero Professionista
<input type="checkbox"/>	Cooperativa Sociale
<input type="checkbox"/>	Consorzio tra cooperative (<i>Indicare il fornitore esecutore del servizio e denominazione sociale, forma giuridica, codice fiscale/P. IVA delle imprese che costituiscono in Consorzio</i>): 1) _____

	2) _____
	3) _____
	4) _____
<input type="checkbox"/>	Associazione di promozione sociale
<input type="checkbox"/>	Organizzazione di volontariato
<input type="checkbox"/>	Altre associazioni e/o ente privo di scopo di lucro (<i>specificare la tipologia</i>): _____

MANIFESTA INTERESSE

Per richiedere l'iscrizione all'Elenco dei fornitori accreditati per l'erogazione delle prestazioni integrative di seguito indicate, previste nell'ambito del *Progetto HOME CARE PREMIUM 2022 - INPS - Periodo 01/10/2024 - 30/06/2025*, da realizzare nel territorio della Società della Salute Fiorentina Sud Est:

- A) Servizi professionali domiciliari: OSS;
- A) Servizi professionali domiciliari: Educatore professionale;
- B) Altri servizi professionali domiciliari: Psicologo;
- B) Altri servizi professionali domiciliari: Fisioterapista;
- B) Altri servizi professionali domiciliari: Logopedista;
- C) Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro socio-educativo riabilitativo diurno;
- C) Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro diurno per gli anziani;
- C) Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro di aggregazione giovanile;
- C) Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro per l'infanzia;
- D) Sollievo: Domiciliare;
- D) Sollievo: Diurno Extra Domiciliare;
- D) Sollievo: Residenziale;
- E) Trasferimento 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; Trasporto barellato;
- G) Supporti;
- H) Percorsi di integrazione scolastica: Percorsi di integrazione scolastica;
- H) Percorsi di integrazione scolastica: Servizi di assistenza scolastica specialistica;

- I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale:
Percorsi di inserimento occupazionale;
- I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale:
Percorsi di valorizzazione;
- L) Servizi per minori affetti da autismo;
- M) Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili;
- N) Servizi differenziati in base alle esigenze del territorio di riferimento: Servizio Concordato.

A tal fine, ai sensi e nei modi di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni amministrative e penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA E INFORMA

- Di avere preso visione dell'Avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
- Di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del Progetto HOME CARE PREMIUM 2022 residenti nei Comuni soci della Società della Salute Fiorentina Sud Est;
- Di essere in regola, ove dovuto: con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/99); con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali in favore dei dipendenti (Legge n.266/02) e secondo la legislazione vigente; con gli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D. Lgs n. 626/94 e ss.mm.ii.; con il Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC);

- Di essere iscritto alla C.C.I.A.A. competente per territorio, per attività corrispondenti a quelle del presente Avviso (per le imprese; indicare sezione e n. di iscrizione): _____
_____;

oppure

- Di essere in possesso di Partita IVA e iscrizione all'Ordine/Collegio Professionale corrispondente al servizio per cui si intende accreditarsi, alla rispettiva Cassa di previdenza, o iscrizione alla gestione separata INPS sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente (per i liberi professionisti; indicare sezione e n. di iscrizione): _____
_____;

oppure

Allegato A.1

- Di essere iscritto all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso il Ministero delle Attività Produttive per il tramite degli uffici delle Camere di Commercio, istituito con D.M. 23/06/2004, o al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), istituito con D.lgs. n. 117/2017, con oggetto corrispondente a quello del servizio per cui si intende accreditarsi (per cooperative sociali e consorzi tra cooperative; indicare sezione e n. di iscrizione): _____
_____;

oppure

- Di essere iscritto nel corrispondente Registro ex L. 383/2000 o al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), ex D. Lgs. n. 117/2017 (indicare sezione e n. di iscrizione) e di essere in possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali con oggetto corrispondente a quelli del presente Avviso (per Associazioni di Promozione Sociale): _____
_____;

oppure

- Di essere iscritto nel corrispondente Registro ex L. 266/1991 o al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), ex D. Lgs. n. 117/2017 (indicare sezione e n. di iscrizione) e di essere in possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali con oggetto corrispondente a quelli del presente Avviso (per Organizzazioni di volontariato): _____
_____;

oppure

- Di essere iscritto all'anagrafe unica tributaria per la categoria corrispondente all'oggetto del presente Avviso (per le ONLUS; indicare sezione e n. di iscrizione): _____
_____;

oppure

- Di essere in possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali corrispondenti a quelli del presente Avviso (per altre associazioni e/o enti privi di scopo di lucro; indicare numero e luogo di registrazione): _____
_____;

- Di essere in possesso di accreditamento ai sensi della L.R. Toscana n. 82/2009, conseguito presso _____ con n. _____;

- Di essere in possesso di autorizzazione all'attività rilasciata dal Comune di _____
in data _____;
- Di possedere o impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o cose conseguenti all'attività del servizio;
- Di possedere in dotazione organica figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni integrative per le quali si intende iscriversi;
- Che il personale impiegato possiede comprovata esperienza di almeno 1 anno nello svolgimento delle prestazioni integrative per le quali si intende iscriversi;
- Che il fornitore non partecipa alla presente selezione in più di un'associazione temporanea o consorzio ovvero non partecipa sia singolarmente che quale componente di un'associazione temporanea o consorzio;
- Di non trovarsi in alcuna delle cause di decadenza, di sospensione previste dall'art. 67 del Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al D.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 84, c. 4, del medesimo Codice (art. 94, c.2 D.lgs. n. 36/2023);
- Che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, c. 2, lett. c) del D.lgs. n. 231/2001 e/o altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 14 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (art.94, c. 5, lett. a) del D.lgs. n. 36/2023);
- Di non essere iscritto nel casellario informatico tenuto dall'Osservatorio dell'ANAC per aver presentato false dichiarazioni o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'attestazione di qualificazione, per il periodo durante il quale perdura l'iscrizione (art. 94, c.5, lett. e) D.lgs. n. 36/2023);
- Di non essere stato vittima dei reati previsti e puniti dagli artt. 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del Decreto-Legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla Legge 12 luglio 1991, n. 203;
- Di impegnarsi a mantenere valida e vincolante la proposta presentata per un periodo anche superiore a 180 giorni dalla data di scadenza della presentazione della stessa in caso di richiesta dell'Amministrazione ai sensi dell'art.17, c. 4 del D.lgs. n. 36/2023;
- Che l'impresa mantiene la seguente la posizione previdenziale ed assicurativa:
INPS sede di _____ matricola n. _____
INAIL sede di _____ matricola n. _____

NB: nel caso di più iscrizioni, indicare la principale; nel caso di non iscrizione indicare la ragione.

Allegato A.1

- Che il fatturato globale annuo per i servizi resi nel corso dell'ultimo esercizio è stato non inferiore a € 15.000,00 (**liberi professionisti**) / non inferiore a € 50.000,00 (**tutti gli altri operatori economici**);

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI) o Consorzio, i requisiti di capacità economico finanziaria dovranno essere dichiarati e dimostrati da ciascun componente indicato come esecutore del servizio. Resta fermo che ogni singolo componente del raggruppamento o impresa consorziata dovrà possedere un fatturato annuo non inferiore a € 20.000,00.

DICHIARA INOLTRE

Che la persona incaricata del ruolo di coordinatore/referente è:

(Nome e Cognome) _____, nato/a a

_____ (____) il ___/___/___, C.F. _____,

residente in _____ (CAP _____)

Via/Piazza _____ n. _____,

Tel. _____, e-mail _____;

- Che, per le prestazioni integrative da erogare ai beneficiari individuati da INPS sulla base dei Piani Assistenziali Individuali, si applicheranno le tariffe indicate nell'Avviso, onnicomprensive di ogni onere e imposta, compresi gli eventuali oneri accessori (materiali, supporti amministrativi, coordinamento, formazione, spostamenti, etc.);
- Che nessun obbligo giuridico derivante dall'iscrizione all'Elenco è da attribuirsi all'Società della Salute Fiorentina Sud Est;
- Che tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco, per cui l'Società della Salute Fiorentina Sud Est rimane del tutto estranea a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;

E SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione al presente Avviso.

NB: Le dichiarazioni di cui al presente allegato devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante del fornitore richiedente; in entrambi i casi dovrà essere allegata copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore. In caso di consorzio, la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta anche dai legali rappresentanti dei soggetti mandanti.

Luogo e Data

Firma del Legale Rappresentante

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa posta a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Reg. UE 2016/679 (GDPR), il trattamento dei dati personali sarà effettuato esclusivamente per le finalità previste dal presente Avviso e limitatamente al perseguimento degli scopi ivi indicati. Il titolare del trattamento è la Società della Salute Fiorentina Sud Est, che garantisce il rispetto del segreto di ufficio nonché dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione delle disposizioni normative citate, in modo da assicurare la tutela della riservatezza degli interessati. I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento di dette finalità e nel rispetto degli obblighi di legge. Il trattamento dei dati verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità ulteriori quali quelle statistiche o di ricerca avverrà garantendo l'anonimato. La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e /o privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge o di regolamento. Gli eventuali soggetti esterni coinvolti nelle attività di trattamento saranno formalmente designati quali Responsabili. I soggetti ai quali i dati potranno essere comunicati si impegnano e sono obbligati a ritenere coperto da riservatezza ogni elemento costitutivo, integrativo, connesso o in relazione ai dati personali che il Titolare metterà a disposizione per lo svolgimento delle attività di cui al presente avviso e nel perseguimento delle relative finalità. Il trattamento potrà riguardare i dati personali di cui all'art. 4 n. 1 del Reg. Ue 2016/679 ivi compresi quelli di cui alle categorie particolari previsti dall'art. 9, par. 1 del medesimo regolamento.

Il punto di contatto con gli interessati è rappresentato dal Responsabile della protezione dei dati, contattabile al seguente recapito email: amministrazione@ip-privacy.it. L'interessato potrà in ogni momento esercitare i propri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del GDPR contattando direttamente il Responsabile della protezione dei dati. Inoltre, l'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Gli operatori/professionisti con cui la SDS si convenziona saranno individuati, con nomina congiunta da parte dei contitolari, quali Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE 2016/679.

Luogo e Data

Firma del Legale Rappresentante

Società della Salute Fiorentina Sud Est

Piazza della Vittoria 1 – 50012 Bagno a Ripoli (FI)

Via di Antella 58, Loc. Ponte a Niccheri – 50012 Bagno a Ripoli (FI)

sds.firenzesudest@uslcentro.toscana.it

C. F. 94297490487 – P. IVA 07179170480