

**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.2 – SCHEDA ANAGRAFICA DEL FORNITORE**

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

**1 – DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

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

**2 – DATI DEL FORNITORE**

Denominazione ( <i>nome della ditta/Partita IVA</i> ): _____,
Forma giuridica: _____,
C.F./Partita IVA: _____,
---
• Iscritto alla Camera di Commercio (C.C.I.A.A.) di _____ (Prov. _____), n. REA _____ ( <i>in caso di Impresa</i> );
oppure
• Iscritto al seguente Collegio/Ordine professionale _____ sez. _____, n. iscrizione _____ ( <i>in caso di Libero Professionista</i> );
oppure

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscritto all'Albo Nazionale/Regionale di _____, sez. _____, n. iscrizione _____ / al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), sez. _____, n. iscrizione _____ (<i>in caso di Cooperative Sociali o Consorzi tra cooperative</i>);</li> </ul> <p style="text-align: center;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscritto al seguente Registro ex L. n. 383/2000 _____ sez. _____, n. iscrizione _____ / al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), sez. _____, n. iscrizione _____ (<i>in caso di Associazioni di promozione sociale</i>);</li> </ul> <p style="text-align: center;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscritto al seguente Registro ex L. n. 266/1991 _____ sez. _____, n. iscrizione _____ / al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), sez. _____, n. iscrizione _____ (<i>in caso di Organizzazioni di Volontariato</i>);</li> </ul> <p style="text-align: center;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), sez. _____, n. iscrizione _____ (<i>in caso di altre Associazioni o enti privi di scopo di lucro</i>);</li> </ul> <p style="text-align: center;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iscritto all'anagrafe unica tributaria per la seguente categoria _____ (<i>in caso di ONLUS</i>);</li> </ul> <p style="text-align: center;">---</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atto costitutivo o statuto (indicazione del numero e luogo di registrazione): _____;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sede legale: _____ (Prov. _____), indirizzo _____ n. _____, CAP _____, Telefono/cellulare _____, E-mail _____, PEC _____.</li> </ul>
---

### 3 – SERVIZI E PRESTAZIONI

(NB: Ove previsto, indicare gli estremi dell'atto di autorizzazione e/o accreditamento ai sensi del LRT n. 82/200 e del successivo Regolamento di attuazione DPGR n. 86/R/2020)

Indicazione della prestazione integrativa per cui si intende accreditarsi	Breve descrizione della struttura organizzativa dell'Ente, dei servizi e prestazioni offerte e dei profili professionali in dotazione organica, funzionali all'erogazione della prestazione integrativa (max.

**4 – PROFILI PROFESSIONALI**

*(Elencare i profili professionali in dotazione organica per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui sopra; allegare curricula delle figure professionali indicate)*

1. Nome e cognome operatore: \_\_\_\_\_;  
 Qualifica/titolo professionale: \_\_\_\_\_;  
 Prestazione integrativa di riferimento: \_\_\_\_\_;
2. Nome e cognome operatore: \_\_\_\_\_;  
 Qualifica/titolo professionale: \_\_\_\_\_;  
 Prestazione integrativa di riferimento: \_\_\_\_\_;
3. Nome e cognome operatore: \_\_\_\_\_;  
 Qualifica/titolo professionale: \_\_\_\_\_;  
 Prestazione integrativa di riferimento: \_\_\_\_\_;

## Allegato A.2

4. Nome e cognome operatore: \_\_\_\_\_;  
Qualifica/titolo professionale: \_\_\_\_\_;  
Prestazione integrativa di riferimento: \_\_\_\_\_;
5. Nome e cognome operatore: \_\_\_\_\_;  
Qualifica/titolo professionale: \_\_\_\_\_;  
Prestazione integrativa di riferimento: \_\_\_\_\_;

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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](mailto:sds.firenzesudest@uslcentro.toscana.it)

C. F. 94297490487 – P. IVA 07179170480