



COMUNE DI CARBONIA
PROVINCIA DEL SUD SARDEGNA

Al Comune di Carbonia
Ente Capofila del PLUS -
Distretto Sociosanitario di Carbonia
Piazza Roma, 1
09013 - Carbonia

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per l'accreditamento/costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2017".

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (____)
in qualità di _____
dell'impresa/società/libero professionista _____
con sede legale in _____ (____)
via _____ n. _____
con C.F.\P.I. n. _____
codice attività n. _____
tel./cell. _____ fax _____
PEC _____
e-mail _____

CHIEDE

l'inserimento nell'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2017 per i seguenti servizi indicati nell'avviso: (barrare con una crocetta nella colonna di destra in corrispondenza della prestazione/i per la quale/i si intende accreditare:

| COD | Sub COD | CATEGORIA PRESTAZIONE INTEGRATIVA HCP | SERVIZIO | servizi per i |
|-----|---------|--|--|---------------|
| A | | Servizi Professionali Domiciliari | | |
| | A.1 | | Educatori Professionali | |
| | A.2 | | Operatori Socio Sanitari | |
| B | | Altri servizi professionali domiciliari | | |
| | B1 | | Psicologi | |
| | B2 | | Fisioterapisti | |
| | B3 | | Logopedisti | |
| | B4 | | Altri | |
| C | | Servizi e strutture a carattere extra domiciliare | | |
| | C1 | | Centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili | |
| | C2 | | Centri diurni per anziani | |
| | C3 | | Centri di aggregazione giovanile | |
| | C4 | | Centri per l'infanzia | |
| D | | Sollievo | | |
| E | | Trasferimento assistito | | |
| | | | Trasporto collettivo/individuale senza assistenza | |
| | | | Trasporto collettivo/individuale con assistenza | |
| | | | Trasporto collettivo/individuale con assistenza carrozzato | |
| | | | Trasporto barellato | |
| F | | Percorsi di integrazione scolastica | | |
| G | | Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili | | |
| H | | Supporti | | |

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'articolo 80 D. Lgs. 50/2016;
- l'inesistenza delle cause ostative di cui al D. Lgs. 159/2011 e s.m.i. (disposizioni antimafia);
- di essere iscritto nel Registro delle Imprese, tenuto dalla CCIAA competente per territorio, per la specifica attività per cui si chiede l'accreditamento;
- nel caso di Cooperative, di essere iscritto nell'Albo 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;
- se trattasi di Cooperativa Sociale, di risultare iscritto nella corrispondente sezione delle Cooperative Sociali e nell'Albo Regionale delle Cooperative Sociali;
- nel caso di Attività Professionale Individuale, di essere iscritto presso l'ufficio IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento;
- in caso di Organismi senza finalità di lucro, di essere legalmente riconosciuto o iscritto in Albo

- tenuto da Pubblica Amministrazione, italiana o straniera ed essere in possesso di partita IVA;
- se trattasi di ONLUS, di essere iscritto all'anagrafe tributaria, per la categoria corrispondente a quella del servizio;
 - l'impegno ad osservare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive modifiche;
 - lo svolgimento di servizi socio assistenziali, ed eventualmente la previsione di tale requisito nell'oggetto sociale, riportato nell'atto costitutivo e/o nello statuto;
 - di possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio;
 - di essere in possesso del Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), rilasciato in data non anteriore a tre mesi prima dalla data di avvio della procedura di accreditamento;
 - che l'impresa è regolarmente iscritta nel Registro delle Imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____
 - di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, gli accordi provinciali, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti;
 - di impiegare personale (o di essere in possesso in prima persona in caso di libero professionista) in possesso delle qualifiche professionali previste dal Bando INPS Home Care Premium 2017 nonché dalla normativa vigente;
 - di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
 - di essere informato che i dati giudiziari, eventualmente raccolti ai sensi del D.P.R. 445/2000 e D.P.R. 412/2000 saranno trattati in conformità al D. Lgs. 196/2003. In relazione ai suddetti dati, l'interessato può esercitare i diritti previsti nell'articolo 7 del citato decreto legislativo.
 - di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica certificata, nonché, in aggiunta e a discrezione, via fax e/o a mezzo posta elettronica, ai seguenti contatti: PEC _____;
E-MAIL _____;
FAX _____.

In caso di RTI o Consorzio, tutte le imprese in RTI o consorziate dovranno indicare unico indirizzo di posta elettronica, unico numero di fax e unico indirizzo di posta cui ricevere le comunicazioni.

Titolare del trattamento è il Comune di Carbonia - Capofila del PLUS Distretto Socio Sanitario di Carbonia nella persona della Dirigente Dott.ssa Marcella Munaro.

Allegare copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore a pena l'esclusione.

In caso di procuratore deve essere allegata anche copia semplice della relativa procura.

Luogo e data

Timbro e Firma
