

MODULO n. 1

Al Comune di Vetralla
Capofila del Distretto VT 4 rif. L.328/00
Settore III –Sevizi alla persona
Piazza San Severo 10/11
01019 Vetralla

OGGETTO: Domanda e dichiarazione per la **procedura di nuova iscrizione** nel Registro Distrettuale con validità annuale, dei soggetti “accreditati” a svolgere attività socio-assistenziali a favore degli anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori residenti nei Comuni del Distretto Sociale VT4.-

Il sottoscritto: _____
Nato il _____ a _____
Residente a _____ Via _____
Codice fiscale personale _____
In qualità di _____
Dell'impresa/cooperativa/Consorzio/ _____
Con sede in _____ Via _____
Con partita IVA _____
Matricola INPS _____ Sede di _____
Matricola INAIL _____ Sede di _____
Telefono _____ mail _____ pec _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla procedura per l'iscrizione all'Registro istituito presso il Distretto Sociale VT/4, per erogare il servizio di Assistenza Domiciliare / Servizi alla Persona per il/i seguente/iComune/i:

Comune di _____ ;
Comune di _____ ;

In qualità di (selezionare l'opzione):

- Impresa singola;
- Capogruppo di un'associazione temporanea di imprese o di un consorzio già costituito;
- Mandante di una associazione temporanea di imprese o di un consorzio già costituito;
- Capogruppo di una costituenda associazione temporanea di imprese o di un costituendo consorzio;
- Mandante di una costituenda associazione temporanea di imprese o di un costituendo consorzio;
(in caso di raggruppamento o consorzio indicare i soggetti) costituito da:

1 - _____
2 - _____
3 - _____

In caso di consorzio indicare il soggetto o i soggetti consorziati per conto dei quali il consorzio partecipa

1 - _____
2 - _____
3 - _____

In caso di una costituenda associazione temporanea di imprese o di un costituendo consorzio allegare una dichiarazione, sottoscritta dai legali rappresentanti di tutti i soggetti associati, di impegno a formalizzare la costituzione dell'ATI o del Consorzio, subito dopo l'avvenuto accreditamento e comunque prima dell'erogazione del servizio.

Di volersi iscrivere al Registro per le seguenti tipologie (barrare le caselle di interesse)

- Area dell'invecchiamento;
 Area della disabilità e del disagio psichico;
 Area dell'età evolutiva e giovanile.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 s.m.i., in particolare artt. 46, 47 e 48, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente mendace

E DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge:

1) Di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente tutte le condizioni, gli oneri e gli impegni posti per l'iscrizione all'Registro;

2) Che la ditta è iscritta nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____ per la specifica attività oggetto dell'accREDITAMENTO;

3) Che le generalità delle persone autorizzate a rappresentare ed impegnare legalmente l'impresa sono le seguenti:

4) **(in caso di Cooperative Sociali)**: che la ditta è iscritta negli appositi registri regionali istituiti per legge, come da provvedimento della Regione Lazio n. _____ del _____ e che la ditta è iscritta nell'apposito Registro nazionale del Ministero delle Attività Produttive con n. _____ del _____;

5) di esonerare il Distretto Sociale VT4 da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone, alle strutture o alle cose, a seguito dell'attività svolta;

6) di accettare integralmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente (tutela privacy, norme comportamentali, norme di sicurezza, ecc.)

DICHIARA INOLTRE

a) di aver avuto nell'ultimo triennio antecedente la pubblicazione del presente avviso, una esperienza in rapporto con Enti Pubblici, almeno biennale nella gestione di servizi socio-assistenziali, da dettagliare (tipologia servizio, Ente pubblico, periodo) per un importo uguale e/o superiore ad € 40.000,00 iva esclusa come da seguente prospetto:

TIPOLOGIA SERVIZIO	ENTE APPALTANTE	PERIODO DI SVOLGIMENTO		Durata servizio	IMPORTO IVA ESCLUSA
		Dal	Al		
		Dal	Al		
		Dal	Al		
		Dal	Al		
		Dal	Al		
		Dal	Al		
		Dal	Al		

b) di aver dato piena ed integrale applicazione, nei confronti dei propri addetti e/o soci, ai contratti collettivi nazionali di lavoro e ai contratti vigenti nel settore dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento al rispetto dei salari contrattuali minimi derivanti dalla stessa, e la piena applicazione delle normative salariali, previdenziali ed assicurative disciplinanti i rapporti di lavoro della categoria;

c) di aver n. _____ addetti all'assistenza di base pari al 50% del numero degli operatori previsti nei singoli Comuni prescelti così come indicato nella tabella delle Risorse Umane;

d) di poter assicurare il servizio di assistenza domiciliare per il/i Comune/i di:

Comune di _____ ;
Comune di _____ ;

e) di impegnarsi a erogare il servizio nel rispetto delle clausole e delle condizioni previste nello schema-tipo di contratto con l'utenza;

f) di impegnarsi ad acquisire polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o a cose conseguenti all'attività del servizio con un massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro, entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione di iscrizione al Registro;

- g) di non trovarsi in uno degli stati che costituiscono causa di esclusione dalla partecipazione ad una procedura d'appalto di cui all'art. 80, comma 1, 2, 4 e 5, D.Lgs.n. 50/2016 ed in particolare:
- o di non essere nelle condizioni previste dall'art. 10 del D.Lgs 65/2000;
 - o di non essere incorso in cause di divieto, decadenza o sospensione prevista dalla vigente normativa antimafia;
- h) di osservare le norme, che si intendono tutte richiamate, derivanti dal D.Lgs 81/2008, nonché ogni ulteriore disposizione legislativa relativa alla prevenzione infortuni sul lavoro, all'igiene del lavoro, alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro, alle malattie professionali ed ogni altra disposizione in vigore o che potrà intervenire in corso di esercizio per la tutela materiale dei lavoratori;
- i) di precisare che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la correttezza contributiva è _____;
- j) Per i raggruppamenti di imprese:
- di specificare che il servizio sarà suddiviso tra le varie imprese nel modo seguente:

- di conformarsi, in caso di iscrizione al Registro alla disciplina prevista dall'art. 10 D.lgs 358/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

Le dichiarazioni di cui sopra devono recare la sottoscrizione autenticata, oppure nel rispetto della normativa vigente, recare la sottoscrizione semplice accompagnata dalla fotocopia del documento di identità del dichiarante (ex D.P.R. 445/2000).

ALLEGA

- Copia del CCNL, dei contratti integrativi vigenti;
- Certificazione degli adempimenti, se ed in quanto obbligatori, relativi all'applicazione del D.Lgs. 81/2008 ovvero:
 - dichiarazione di accettazione di nomina del medico competente e relativo possesso del titolo;
 - copia delle comunicazioni agli istituti dell'avvenuta nomina del Responsabile del servizio di Prevenzione e Protezione;
 - certificato nominativo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- Copia aggiornata della Carta dei Servizi;
- Certificazione di qualità europea specifica per attività di Assistenza a persone anziane, disabili e minori;
- Prospetto analisi del soggetto erogatore debitamente compilato e datato, firmato per esteso, per accettazione dal legale rappresentante dell'impresa, in ogni sua pagina (**allegato A**);
- Organizzazione del servizio, organigramma e indicatori di qualità utilizzati;
- Accettazione di quanto contenuto negli Allegati **B, C,D,E** tutti **datati e firmati per esteso in ogni sua pagina per accettazione**, dal legale rappresentante dell'impresa.
- Dichiarazione unica – **modulo 2-**;

Firma
Il Legale Rappresentante

Data _____

Allega

Copia fotostatica documento di identità in corso di validità