

in qualità di _____
della _____
con Sede Legale _____
n.tel/cel. _____ PEC _____

INPS

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Pec	Tel.	Matricola Azienda	

INAIL

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Pec	Tel.	P.A.T.	

ALTRO ENTE PREVIDENZIALE

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Pec	Tel.	P.A.T./ Codice/Matricola	

ovvero di non essere iscritto a nessun Ente per le seguenti motivazioni:

AGENZIA DELLE ENTRATE

Ufficio	indirizzo	CAP	Città
Pec	Tel.	NOTE	

TIPOLOGIA DI ISCRIZIONE PREVIDENZIALE DELLA DITTA

<input type="checkbox"/> datore di lavoro
<input type="checkbox"/> gestione separata committente/associante
<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/> gestione separata titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione

DIMENSIONE AZIENDALE N. dipendenti

<input type="checkbox"/> da 1 a 5	<input type="checkbox"/> da 6 a 15	<input type="checkbox"/> da 16 a 50	<input type="checkbox"/> da 51 a 100	<input type="checkbox"/> oltre 100
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

CCNL APPLICATO al personale dipendente e/o con contratto di collaborazione

<input type="checkbox"/> edilizia
<input type="checkbox"/> edile (con solo impiegati e tecnici)
<input type="checkbox"/> altro (specificare settore) _____

CATEGORIA DI OPERATORE ECONOMICO ai sensi della l. 180/2011

<input type="checkbox"/> da 1 a 5	<input type="checkbox"/> da 6 a 15	<input type="checkbox"/> da 16 a 50	<input type="checkbox"/> da 51 a 100	<input type="checkbox"/> oltre 100
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Ufficio Provinciale del Lavoro	indirizzo	CAP	Città
Pec	Tel.	NOTE	

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di cui in oggetto finalizzata iscrizione **all'Albo dei soggetti accreditati a erogare le prestazioni integrative** nell'Ambito del Progetto Home Care Premium 2022 nei Comuni del Distretto Socio Sanitario di Oristano per le seguenti prestazioni integrative indicate nell'Avviso, secondo le modalità indicate nel Disciplinare e le tariffe riportate nell'Allegato 1: *(barrare con una crocetta nella colonna di destra in corrispondenza della prestazione/i per la quale/i si chiede l'accreditamento):*

Prestazioni integrative	Servizio/Figure Professionali	Indicare con una X
A. Servizi professionali domiciliari	A.1 Servizi socio-sanitari domiciliari (OSS)	
	A.2 Servizi educativi professionali.	
B. Altri servizi professionali domiciliari	B.1 psicologo	
	B.2 fisioterapista	
	B.3 logopedista	
C. Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	C.1 centri socio-educativi riabilitativi diurni per disabili	
	C.2 centri diurni per gli anziani	
D. Sollievo	D.1 Sollievo domiciliare, a favore del nucleo familiare	
E. Trasferimento assistito	E.1 Trasporto individuale senza assistenza	
	E.2 Trasporto individuale con assistenza	
	E.3 Trasporto individuale con assistenza carrozzato	
	E.4 Trasporto barellato	
F. Consegna pasto a domicilio	F.1 Consegna pasto a domicilio	
G. Supporti	G.1 Supporto 1	
	G.2 Supporto 2	
	G.3 Supporto 3	
	G.4 Supporto 4	
	G.5 Supporto 5	
	G.6 Supporto 6	
	G.7 Supporto 7	
	G.8 Supporto 8	
	G.9 Supporto 9	
H. Percorsi di integrazione scolastica	H.1 Percorsi di integrazione intra ed extra scolastica	
I. Servizi per minori affetti da autismo	I.1 Servizi per minori affetti da autismo	

J. Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili	J.1 Servizi sportivi	
---	----------------------	--

DICHIARA

di partecipare:

- in proprio
- Associazione temporanea d'Impresa (ATI) _____
- Consorzio di cui all'art. 45 comma 2 lettera e) del D.Lgs 18/04/2016 n. 50

costituita dalle seguenti società:

1. **Capogruppo (o consorziata equivalente)** _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

I sottoscritti

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____ C.F.: _____

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____ C.F.: _____

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____ C.F.: _____

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____ C.F.: _____

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

_____ di _____

DICHIARANO congiuntamente di partecipare come segue:

Denominazione Operatore Economico		% di partecipazione	% di esecuzione
Capogruppo o consorziata equiparata			
Mandante /esecutrice 1			
Mandante/ esecutrice 2			
Mandante/ esecutrice 3			
Mandante/ esecutrice 4			
		100%	100%

DICHIARANO INOLTRE

di impegnarsi, in caso di esito positivo dell'accreditamento, a conferire mandato collettivo alla capogruppo, la quale stipulerà il relativo patto in nome e per conto proprio e delle mandanti e a produrre, entro il termine indicato nella comunicazione di accreditamento, atto notarile di Raggruppamento temporaneo di imprese dal quale risulti:

- Il conferimento di mandato speciale gratuito ed irrevocabile a chi legalmente rappresenta l'impresa capogruppo;
- L'inefficacia nei confronti dell'Ente accreditante, della revoca del mandato stesso per giusta causa;
- L'attribuzione al mandatario, da parte delle imprese mandanti, della rappresentanza esclusiva anche processuale nei confronti dell'ente accreditante per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dall'accREDITAMENTO fino alla estinzione di ogni rapporto.

Società	Legale Rappresentante	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lo scrivente acconsente, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) al trattamento dei propri dati, anche personali, per le esclusive esigenze concorsuali e per la stipula di eventuale contratto.

Allego congiuntamente *alla presente fotocopia non autenticata del mio documento di identità.*

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante



All. a _ DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITÀ GENERALE

Al Comune di Oristano
Ente Gestore del PLUS - Distretto Socio Sanitario di Oristano
Piazza Eleonora, 44 - 09170 Oristano (OR)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445
DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITÀ GENERALE

In caso di raggruppamento temporaneo di imprese (RTI) e consorzio, i requisiti di ordine generale dovranno essere dichiarati e dimostrati da ciascun componente indicato come esecutore del servizio alla data di presentazione della domanda.

DENOMINAZIONE FORNITORE: _____

CODICE FISCALE																				
PARTITA I.V.A.																				

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in via _____ n. _____
Codice fiscale _____
in qualità di _____
della _____
con Sede Legale _____
n.tel/cel. _____ PEC _____

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

DICHIARA

- Di impegnarsi a erogare le prestazioni integrative di cui al Progetto HCP 2022 per le quali chiede l'accreditamento nei modi e nei termini stabiliti dall'Avviso e dai documenti ad esso allegati, in linea con la proposta progettuale e la carta dei servizi presentate;
- Di essere in regola, ove dovuto, con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/1999);
- Di essere in regola con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali a favore dei lavoratori dipendenti, ex L. 266/2002 e secondo la legislazione vigente;
- Di rispettare gli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;
- Di rispettare tutte le prescrizioni contenute nella Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità" e nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza approvato dalla Giunta Comunale di Oristano consultabile sul sito istituzionale www.comune.oristano.it
- Di impegnarsi a osservare e far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, il Codice di comportamento adottato dal Comune di Oristano con deliberazione di Giunta Comunale n. 6 del 21.01.2021;
- Di impegnarsi a rispettare il Patto di Integrità approvato dal Comune di Oristano.

DICHIARA INOLTRE

- Di possedere regolare Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), alla data di avvio della procedura di affidamento;
- L'inesistenza delle cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011 n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;
- L'inesistenza delle cause di esclusione per affidamento di incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16ter, del d.lgs. del 2001 n. 165.e ss.mm.ii..
- L'inesistenza delle cause di esclusione dalla partecipazione ad una procedura d'appalto o concessione elencate nell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016, ed in particolare:
 1. L'inesistenza delle situazioni indicate al comma 1 dell'art. 80 del D.Lgs 18/04/2016 n. 50 riguardo i seguenti soggetti:
 - Titolare e direttore tecnico se si tratta di operatore economico individuale;
 - Soci e direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo;
 - soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice;
 - tutti i membri del consiglio di amministrazione con legale rappresentanza di direzione o di vigilanza se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
 - soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o controllo e del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
 - socio unico persona fisica se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
 - socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
 - socio di maggioranza, persona giuridica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio.
 2. L'inesistenza delle situazioni indicate al comma 1 dell'art. 80 del D.Lgs 18/04/2016 n. 50 riguardo soggetti cessati, nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando, dalle seguenti cariche:
 - titolare e direttore tecnico se si tratta di operatore economico individuale;
 - soci e direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo;
 - soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice;

- tutti i membri del consiglio di amministrazione con legale rappresentanza di direzione o di vigilanza se si tratta di altro tipo di società o consorzio
- soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o controllo e del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- socio unico persona fisica se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- socio di maggioranza, persona giuridica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;

OPPURE

che per i soggetti cessati, nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando, dalle cariche sotto indicate è intervenuta una causa di esclusione di cui al comma 1 dell'art. 80 del D.Lgs 18/04/2016 n. 50 e vi è stata completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata come da documentazione allegata:

- titolare e direttore tecnico se si tratta di operatore economico individuale;
- soci e direttore tecnico se si tratta di società in nome collettivo;
- soci accomandatari e direttore tecnico se si tratta di società in accomandita semplice;
- tutti i membri del consiglio di amministrazione con legale rappresentanza di direzione o di vigilanza se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o controllo e del direttore tecnico se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- socio unico persona fisica se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- socio di maggioranza, persona giuridica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;

I soggetti cessati nell'anno antecedente la pubblicazione del bando sono i seguenti:

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante

Note:

1. nel caso in cui nell'anno antecedente (ossia i 365 giorni antecedenti la data di pubblicazione del bando) sia avvenuta una cessione di azienda o di ramo d'azienda, (in qualsiasi forma compreso l'affitto) incorporazione o fusione societaria, la dichiarazione deve essere prodotta, anche per i soggetti sopraindicati che hanno operato presso la società cedente, incorporata o le società fuse, ovvero che sono cessati dalla relativa carica.
2. il concorrente indica tutte le condanne riportate, comprese quelle per le quali i soggetti sopracitati hanno beneficiato della non menzione.
3. il concorrente non è tenuto ad indicare solo le condanne per reati depenalizzati o dichiarati estinti, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione.
4. per l'individuazione dei soggetti sopracitati dovrà essere presentata dichiarazione del legale rappresentante dalla quale risultino i nominativi di tutti i soggetti sopra richiamati, come da modello predisposto dall'amministrazione.

PLUS
AMBITO DI ORISTANO

ALLAI · BARATELI SAN PIETRO · BALIADU ·
CABRAS · MILIS · NARBOLIA · NURACHI ·
OLLASTRA · ORISTANO · PALMAS ARBOREA ·
RIOLA SARDO · SAMUGHEO · SAN VERO MILIS ·
SANTA GIUSTA · SIANAGIÒRE · SIAMONNA ·
SIAPICCIA · SIMAXIS · SOLARUSSA · TRAMATZA ·
VILLANOVA TRUSCHEDU · VILLALURBANA ·
ZEDDIANI · ZERFALU ·
ARES – ASL N.5 ORISTANO ·
PROVINCIA DI ORISTANO



Assistenza Domiciliare
Inps Gestione Dipendenti Pubblici

All.b_ DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE

Al Comune di Oristano
Ente Gestore del PLUS - Distretto Socio Sanitario di Oristano
Piazza Eleonora, 44 - 09170 Oristano (OR)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445
DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE

DENOMINAZIONE FORNITORE: _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARTITA I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

in qualità di _____

della _____

con Sede Legale _____

n.tel/cel. _____ PEC _____

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

DICHIARA

Denominazione: _____

Forma giuridica: _____

Sede Legale: _____

Sedi secondarie e Unità Locali _____

Codice Fiscale: _____

Data di costituzione _____

- Che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di _____ con il numero Repertorio Economico Amministrativo _____ con iscrizione Impresa Sociale _____

OVVERO

- Di essere iscritto/a nell'Albo/Registro dell'Ordine degli _____ della Provincia di _____ dal _____ al numero _____ e di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine.
- Di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo di _____ specializzazione/abilitazione: _____ conseguito il _____ presso _____

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica: _____

PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI

Numero componenti in carica: _____

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi: _____

Numero sindaci supplenti: _____

OGGETTO SOCIALE:

COMPONENTI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
(Presidente del C.d.A., Amministratore Delegato, Consiglieri)

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE
--

PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI (OVE PREVISTI)

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE
--

COLLEGIO SINDACALE
(sindaci effettivi e supplenti)

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE
--

COMPONENTI ORGANISMO DI VIGILANZA (OVE PREVISTO)

QUALIFICA NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE
--

SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU QUOTE E AZIONI/PROPRIETARI
(indicare quote percentuali di proprietà)

NOME COGNOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA RESIDENZA CODICE FISCALE* QUOTA % *se persona fisica
DENOMINAZIONE SEDE LEGALE CODICE FISCALE PARTITA IVA** QUOTA % ** se persona giuridica

DIRETTORE TECNICO (OVE PREVISTI)

QUALIFICA
NOME
COGNOME
LUOGO DI NASCITA
DATA DI NASCITA
RESIDENZA
CODICE FISCALE

Dichiara, altresì, che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante

Nota Dovranno essere indicati i trasferimenti/affitti di azienda ed i soggetti cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando

PLUS
AMBITO DI ORISTANO

ALLAI · BARATILI SAN PIETRO · BAULADU ·
CABRAS · MILIS · NARBOLIA · NURACHI ·
OLLASTRA · ORISTANO · PALMAS ARBOREA ·
RIOLA SARDO · SAMUGHEO · SAN VERO MILIS ·
SANTA GIUSTA · SIMAGGIORRE · SIAMANNA ·
SIAPICCIA · SIMAXIS · SOLARUSSA · TRAMATZA ·
VILLANOVA TRUSCHEDU · VILLAURBANA ·
ZEDDIANI · ZERFALIU ·
ARES – ASL N.5 ORISTANO ·
PROVINCIA DI ORISTANO



Assistenza Domiciliare
Inps Gestione Dipendenti Pubblici

All.c _ REQUISITI DI IDONEITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA

Al Comune di Oristano
Ente Gestore del PLUS - Distretto Socio Sanitario di Oristano
Piazza Eleonora, 44 - 09170 Oristano (OR)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445
REQUISITI DI IDONEITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA

DENOMINAZIONE FORNITORE _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARTITA I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

in qualità di _____

della _____

con Sede Legale _____

n.tel/cel. _____ PEC _____

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

DICHIARA

Di aver maturato negli ultimi 2 esercizi:

– Per gli operatori:

IMP	SNC	SAS	SOCAP	COOP	COOP SOC
-----	-----	-----	-------	------	----------

fatturati o volumi d'affari, specifici, complessivamente non inferiori a € 100.000,00.

– Per gli operatori:

ORGVOL	APS	AFI	PROF
--------	-----	-----	------

fatturati o volumi d'affari, specifici, complessivamente non inferiori a € 20.000,00.

– Per raggruppamento temporaneo di imprese o di consorzio:

- Fatturati o volumi d'affari specifici, non inferiori a € 20.000,00 come di seguito specificato:

Denominazione Operatore Economico		Fatturato <i>(nel biennio antecedente la presentazione dell'istanza)</i>
Capogruppo o consorziata equiparata		
Mandante /esecutrice 1		
Mandante/ esecutrice 2		
Mandante/ esecutrice 3		
Mandante/ esecutrice 4		

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante

PLUS
AMBITO DI ORISTANO

ALLAI - BARATILI SAN PIETRO - BAULADU -
CABRAS - MILIS - NARBOLIA - NURACHI -
OLLASTRA - ORISTANO - PALMAS ARBOREA -
RIOLA SARDO - SAMUGHEO - SAN VERO MILIS -
SANTA GIUSTA - SAMAGGIORE - SIAMONNA
SIAPICCIA - SIMAXIS - SOLARUSSA - TRAMATZA -
VILLANOVA TRUSCHEDU - VILLAURBANA -
ZEDDIANI - ZERFALIU
ARES - ASL N.5 ORISTANO -
PROVINCIA DI ORISTANO



Assistenza Domiciliare
Inps Gestione Dipendenti Pubblici

All.d_ DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITÀ TECNICA

Al Comune di Oristano
Ente Gestore del PLUS - Distretto Socio Sanitario di Oristano
Piazza Eleonora, 44 - 09170 Oristano (OR)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445
DICHIARAZIONE REQUISITI DI IDONEITÀ TECNICA

I requisiti di idoneità tecnica non devono essere dichiarati dagli operatori economici che richiedono l'accreditamento per le prestazioni integrative di cui alla lettera G) "Supporti".

DENOMINAZIONE FORNITORE: _____

CODICE FISCALE																				
PARTITA I.V.A.																				

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n. _____

Codice fiscale _____

in qualità di _____

della _____

con Sede Legale _____

n.tel/cel. _____ PEC _____

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

DICHIARA

- di possedere nei cinque anni antecedenti la scadenza dell'avviso di almeno due anni di esperienza anche non continuativa nella gestione di servizi analoghi alle prestazioni integrative per cui l'operatore economico intende accreditarsi.

Oggetto del contratto	Contraente	Periodo d'esecuzione	Importo
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	
		Dal.....al.....	
		TOTALE	

- di possedere in dotazione organica le figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni integrative per le quali intende accreditarsi, secondo quanto previsto dal documento "Elenco delle prestazioni obbligatorie per l'esecuzione del servizio di "Home Care Premium 2022".

E / O

- pronta disponibilità al momento dell'attivazione delle prestazioni integrative per le quali intende accreditarsi, dei profili professionali necessari secondo quanto previsto dal documento Allegato 1 "Requisiti minimi e parametri di qualità".

DICHIARA INOLTRE

Di prendere atto del divieto di avvalimento e tutte le eventuali forme assimilabili al subappalto, secondo quanto previsto dal bando.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante

(Si precisa che in caso di partecipazione in RTI la certificazione dovrà essere posseduta da tutte le imprese associate)

- Di garantire un minimo di 30 ore complessive di formazione degli operatori dedicati ai servizi per i quali viene richiesto l'accreditamento, di cui 8 di formazione esterna con rilascio di un attestato.
- Di presentare contestualmente all'istanza di accreditamento, la Carta dei servizi;
- Di presentare contestualmente all'istanza di accreditamento una Proposta progettuale o relativamente ai Supporti G), una breve relazione descrittiva dei prodotti o servizi offerti.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante
