

ALLEGATO A



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 44



Comuni di



Ragusa



Chiaramonte  
Gulfi



Giarratana



Monterosso  
Almo



Santa Croce  
Camerina



ASP Ragusa

Al Dirigente del Settore VII

Comune di Ragusa

Via Mario Spadola, 56

97100 Ragusa

**"Progetto "Home Care Premium 2019": accordo sottoscritto tra Istituto Nazionale Previdenza Sociale e Distretto socio-sanitario 44, ai sensi dell' art. 15 della legge 241/1990. Accreditamento di società cooperativa sociale/onlus/enti no-profit/ soggetti del terzo settore in genere della azione interna al progetto home care premium 2019 denominata: "GESTIONE/PRESIDIO/MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE" ai sensi dell' art. 6 comma 4 dell' accordo sottoscritto".**

ISTANZA

Il sottoscritto ..... nato a .....il .....

residente in ..... Via..... n.....

nella qualità di Legale Rappresentante del \_\_\_\_\_, con sede

legale in Via ..... città ..... Prov. ..... C.F.

..... P.IVA ..... tel.  
..... PEC ..... e-mail  
.....

**MANIFESTA LA SUA DISPONIBILITÀ'**

a partecipare alla manifestazione di interesse riguardante l' accreditamento **di società cooperativa sociale/onlus/enti no-profit/ soggetti del terzo settore in genere** della azione interna al progetto home care premium 2019 denominata: **"GESTIONE/PRESIDIO/MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE"** ai sensi dell' art. 6 comma 4 dell' accordo sottoscritto".

In particolare la organizzazione scrivente (**società cooperativa sociale/onlus/ente no-profit/ soggetto del terzo settore in genere**), si impegna a:

- a) All' interno del progetto home care premium 2019 , nella attivazione e gestione della azione denominata " GESTIONE/PRESIDIO/MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE".

Tale azione si sostanzia in:

- 1) Gestione dell' erogazione delle prestazioni integrative;
- 2) Presidio delle attività rese ai beneficiari da parte delle società esecutrici dei servizi;
- 3) Monitoraggio dell' andamento qualitativo del servizio, con la rilevazione delle carenze ove presenti e successiva comunicazione alla direzione regionale INPS

A tal fine

**DICHIARA**

I' assenza delle cause di esclusioni previste dall'art.80 del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii., tutto incluso e niente escluso, analiticamente dei punti 1 (1a, 1b, 1b-bis, 1c, 1d, 1e, 1f, 1g), 2, 3, 4, 5 (5a, 5b, 5c, 5c-bis, 5c-ter, 5c-quater, 5d, 5e, 5f, 5f-bis, 5f-ter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m,), 6, 7, 8, 9, 10, 10bis, 11, 12, 13, 14 (dichiarazione da ripetere per ogni soggetto che ha la legale rappresentanza)

**DICHIARA**

**DI ESSERE A CONOSCENZA** che sono incompatibili con il presente affidamento tutte le cooperative sociali( o quei consorzi di cooperative sociali che hanno come socie cooperative sociali accreditate ai sensi di quanto scritto di seguito) accreditate presso il Distretto sociosanitario 44 per servizi vari di assistenza

domiciliare e quindi anche per la erogazione delle prestazione integrative del progetto home care premium 2019, nonché tutte le associazioni/organizzazioni che erogano le prestazioni integrative, in quanto tali ipotesi configurerebbero una situazione di conflitto di interesse.

#### DICHIARA

Di avere in particolare esperienza dei servizi/attività sotto descritti:

Denominazione e oggetto del servizio	Ente committente	Periodo di attuazione

#### DICHIARA INFINE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, ai sensi degli artt.46 e 47 e seguenti del D.P.R. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R. le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste nelle procedure concernenti gli appalti pubblici.

1. Di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016, tutto incluso e niente escluso, ed espressamente di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016 ai punti 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5f-bis, 5fter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (dichiarazione da ripetere per ogni soggetto con potere di firma);
1. (ove richiesto dalla normativa vigente) Di essere iscritto al Registro delle imprese presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di

---

per l'attività di

---

numero e data di iscrizione

---

organi di amministrazione, persone che li compongono (indicare nominativi ed esatte generalità di tutti i componenti del Consiglio di amministrazione muniti di rappresentanza

- 
- 
- 
- 
- 
2. Di essere in regola circa la correttezza degli adempimenti periodici relativi ai versamenti Contributivi verso l'INAIL e l'INPS
    - di essere assicurata all'I.N.A.I.L. codice ditta n° \_\_\_\_\_
    - di essere iscritta all'I.N.P.S. con matricola n° \_\_\_\_\_
    - di applicare il seguente contratto collettivo \_\_\_\_\_
    - dimensione aziendale da 0 a 5 da 6 a 15 da 16 a 50 da 51 a 100 oltre
  3. Di non incorrere in nessuna delle sanzioni o misure cautelari che impediscono di contrarre con le Pubbliche Amministrazioni;
  4. Di avere un fatturato medio di € \_\_\_\_\_ (euro \_\_\_\_\_/00) nell'ultimo triennio;
  5. Di aver preso visione ed accettato, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse con formale impegno al loro assoluto rispetto;
  6. Di essere informato, ai sensi e per effetto del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viere resa;
  7. Indica il seguente domicilio per ogni comunicazione relativa al presente avviso
- 

E i seguenti recapiti

- Mail \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_
- Posta certificata \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione, esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455, viene presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.

Allega a pena di esclusione:

Patto di accreditamento (ALLEGATO B) timbrato e sottoscritto dal Legale Rappresentante in ogni foglio e contenente in ogni foglio la dicitura: per accettazione integrale tutto incluso e niente escluso;

Documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;

Carta dei servizi limitatamente alle azioni previsti dal presente avviso pubblico.

○  
In fede  
○

\_\_\_\_\_ (firma e timbro)