

MODULO n. 1

**Al Comune di Tarquinia
Capofila Distretto Socio-Sanitario VT/2
Piazza Matteotti, 6
01016 Tarquinia (VT)**

OGGETTO: Domanda e dichiarazione per la procedura di iscrizione nell'Albo Distrettuale di soggetti "accreditati" a svolgere attività di Assistenza Domiciliare distrettuale. Anno 2016.

Il Sottoscritto: _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

Codice fiscale personale _____

In qualità di _____

Dell'impresa/cooperativa _____

Con sede in _____ Via _____

Con partita IVA _____

Matricola INPS _____ Sede di _____

Matricola INAIL _____ Sede di _____

Telefono _____ Telefax _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla procedura per l'iscrizione all'Albo istituito presso il Distretto Socio-Sanitario VT/2, per erogare il servizio di Assistenza Domiciliare per il/i seguente/i comune/i:

Nel presentare domanda relativamente alla procedura in oggetto come (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 per conto del quale il consorzio partecipa

Ai sensi e per gli effetti del T.U. 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 T.U. 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'Albo;
- 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 _____ n. _____ del _____;
- 5) **(in caso di cooperative di produzione e lavoro)**: che la ditta è iscritta nell'apposito registro prefettizio, come da atto n. _____ del _____;
- 6) di esonerare il Distretto da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone, alle strutture o alle cose, a seguito dell'attività svolta;
- 7) di accettare integralmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente (tutela privacy, norme comportamentali, norme di sicurezza, ecc.).

DICHIARA INOLTRE

- a) di aver avuto diretta esperienza nella gestione di servizi di assistenza domiciliare in rapporto con Enti Pubblici e/o Enti privati;
- b) **(in caso di soggetti di nuova costituzione)** che una parte del CdA e/o del personale, da impiegare nell'espletamento del servizio, ha avuto diretta esperienza nella gestione di servizi di assistenza domiciliare in rapporto con Enti Pubblici e/o Enti privati
- c) di aver dato piena ed integrale applicazione, nei confronti dei propri addetti, e/o soci dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei 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;
- d) 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;
- e) di poter assicurare il servizio di assistenza domiciliare per il/i comune/i di:
Comune di _____;
Comune di _____;
Comune di _____;
Comune di _____;
Comune di _____;
Comune di _____;
Comune di _____;
Comune di _____;
- f) di impegnarsi a fornire interventi quali-quantitativi con il rispetto delle clausole e delle condizioni previsto nello schema-tipo di contratto con l'utenza;

- g) di impegnarsi inoltre a fornire interventi quali-quantitativi con il rispetto dei prezzi stabiliti dal Distretto;
- h) 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 all'Albo;
- i) di non trovarsi in uno degli stati che costituiscono causa di esclusione ed in particolare:
 - di non essere nelle condizioni previste dall'art. 10 del D.Lgs 65/2000;
 - di non essere incorso in cause di divieto, decadenza o sospensione prevista dalla vigente normativa antimafia;
- j) di essere in regola con gli adempimenti e le norme previste dal D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni se ed in quanto obbligatorie;
- k) di precisare che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la correttezza contributiva è _____;

Per i raggruppamenti di imprese:

- di specificare che il servizio sarà suddiviso tra le varie imprese nel modo seguente:

- di conformarsi, in caso di accreditamento 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

- 1. Copia del C.C.N.L., dei contratti integrativi vigenti e del Regolamento interno applicato ai propri addetti, nonché certificazione dei salari minimi contrattuali di settore rilasciata dall'Ufficio del Lavoro;
- 2. certificazione degli adempimenti, se ed in quanto obbligatori, relativi all'applicazione del D.Lgs. 81/2008, ovvero:
 - ☐ dichiarazione di accettazione di nomina di medico competente e relativo possesso del titolo;
 - ☐ copia delle comunicazioni agli istituti dell'avvenuta nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
 - ☐ certificato nominativa dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- 4. Copia Carta dei Servizi;
- 5. Prospetto Fornitore;
- 6. Relazione in merito a funzionigramma, organizzazione del servizio e obiettivi sul servizio ed indicatori di qualità utilizzati;
- 7. Dichiarazione Unica.

In Fede

Firma
Il Legale Rappresentante