**Al Resp. Dell’Area Sociale**

**COMUNE DI SANLURI**

**Via Carlo Felice n°201**

**09025 Sanluri (SU)**

|  |
| --- |
| **Oggetto: manifestazione d’interesse per la costituzione di un elenco di prestatori accreditati per l’erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare attraverso buoni servizio (voucher) – periodo dal 01.07.2025 al 30.06.2028”** |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di legale rappresentante della Ditta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posizione INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

posizione INAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE PER LA PROCEDURA IN OGGETTO**

**e chiede di essere inserito nell’elenco dei prestatori accreditati per l’erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare attraverso buoni servizio (voucher)**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 28.12.2000 n°445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del sopracitato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità che la predetta Cooperativa/Ente/Azienda:

* Non è incorsa nelle cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs n. 36/2023 e ss.mm.ii;
* È in possesso dei seguenti requisiti di capacità tecnica e professionale previsti dall’art. 100 del D.Lgs n. 36/2023, ossia di essere iscritto:
1. Al Registro delle Imprese della Camera di Commercio di Industria e Artigianato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nell’Albo Regionale delle Cooperative Sociali della Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. È in regola con l’assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS ed INAIL stabiliti dalle vigenti disposizioni e che l’Impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

Tipo Impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo ditta (barrare con una X la casella interessata):

* Datore di lavoro
* Gestione separata – Committente/Associante
* Lavoratore autonomo
* Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione

C.C.N.L. applicato (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INAIL – codice ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posizioni assicurative territoriali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INPS – matricola aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. L’osservanza delle norme della legge n. 68/1999 che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
2. L’osservanza, all’interno della propria azienda, degli obblighi di sicurezza prevenzione degli infortuni previsti dalla vigente normativa;
3. È in possesso dei requisiti organizzativo-gestionali previsti nell’avviso pubblico di accreditamento;
4. Ha la capacità di attivare il servizio domiciliare nei tempi e modalità come richiesto dal bando stesso;
5. Garantisce la figura di un referente con la funzione di coordinamento e gestione dei rapporti con il Comune, di seguito indicata:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Garantisce che il personale frequenta corsi di formazione specifici sull’intervento socio-assistenziale. L’azienda si impegna a dimostrare di aver effettuato tale formazione durante il periodo dell’accreditamento e a presentare i programmi di formazione predisposti.
2. Di essere in possesso di un numero adeguato di risorse umane, nell’organigramma aziendale sono presenti le seguenti figure OSS e generici;
3. Che gli operatori che verranno destinati al servizio oggetto del presente appalto sono in possesso delle qualifiche richieste nell’avviso di accreditamento;
4. Di avere specifica esperienza di almeno 24 mesi, in maniera continuativa, nella gestione dell’Assistenza Domiciliare a favore di anziani e disabili con pubbliche amministrazioni o enti privati con fatturato annuo medio SAD o servizi socio-assistenziali/socio-sanitari anni 2023 e 2024 a favore di anziani e disabili pari almeno a € 10.000,00

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVIZIO | PERIODO (DAL..AL..) | DESTINATARIO | IMPORTO ANNUALE SERVIZIO (IVA ESCLUSA) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Di possedere la Carta dei Servizi inerente i servizi per i quali viene richiesto l’accreditamento;
2. Di accettare le modalità operative previste nel Bando
3. Di accettare la sottoscrizione del patto di accreditamento con il Comune di Sanluri con cui verranno attivati i servizi
4. Che il proprio servizio ha la sede operativa in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Che i riferimenti relativi alle comunicazioni inerenti la presente richiesta sono i seguenti:

E.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO

1. Autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura del suddetto avviso pubblico (informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003)

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INFINE

1. A fornire il servizio di assistenza domiciliare a favore di persone anziane, persone con disabilità, adulti in situazioni di fragilità residenti nel Comune di Sanluri per il periodo dal 01.07.2025 al 30.06.2028 secondo le linee definite dal presente avviso
2. A sottoscrivere l’allegato 2 “DGUE”
3. Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 10 del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Si allega a pena di esclusione:**

* Fotocopia documento di identità del Legale Rappresentante o dei firmatari
* Copia dell’avviso di accreditamento debitamente timbrato e firmato dal titolare o legale rappresentante in ogni facciata, in segno di piena conoscenza e accettazione delle disposizioni in esso contenute. Nel caso di raggruppamenti di imprese non ancora costituiti, ciascuna impresa/cooperativa facente parte del raggruppamento dovrà sottoscrivere la medesima copia dell’avviso
* Allegato 2 “DGUE”
* Eventuale altra documentazione relativa ad alcuni punti della presente dichiarazione;
* Carta dei Servizi.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_