



COMUNE DI OSIMO

Provincia di Ancona

Allegato 1

COMUNE DI OSIMO

ENTE CAPOFILA

DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XIII

UFFICIO DI COORDINAMENTO

Pec comune.osimo@emarche.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per l'accreditamento sperimentale/costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Inps "Home Care Premium 2019 - Assistenza domiciliare"

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____

In qualità di _____

dell'impresa/società _____

con sede in _____ Via _____ nr. _____

con codice fiscale n. _____ con partita IVA n. _____

codice attività n. _____

tel. _____ fax _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2019 - Assistenza domiciliare" per l'offerta delle Prestazioni Socio Assistenziali previste dal Progetto Home Care Premium 2019.

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 80 del D.lgs 50/2016 e dall'art. 53 comma 16-ter, del D.lgs. 165/2001 o di cui all'art.35 del D.L. 24 giugno 2014 n.90, convertito con modificazioni della Legge 11 agosto 2014,n. 114;
- previsione, nell'oggetto sociale riportato nell'atto costitutivo e/o nello statuto, dello svolgimento di servizi socio assistenziali e/o di sollievo, e/o mutuoaiuto, solidarietà sociale;
- di essere in possesso della Carta dei Servizi;



COMUNE DI OSIMO

Provincia di Ancona

aver maturato, nel territorio dell'A.T.S.XIII un'esperienza di almeno 4 anni (48 mesi) nei confronti di soggetti pubblici o privati nell'erogazione di prestazioni identiche o analoghe a quelle per cui si chiede l'accreditamento, comprovata da certificazioni o attestati di servizio;

di possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio;

di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti e di essere iscritto:

INPS sede di _____ cap. _____ via _____

e matricola n. _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____ e posizione

assicurativa _____ e codice ditta n. _____ ;

di aver preso visione e quindi accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso;

di avere la perfetta conoscenza delle norme generali e particolari che regolano l'erogazione delle prestazioni integrative oggetto del presente Avviso

di aver tenuto conto, nel presentare l'istanza, degli obblighi relativi alle norme in materia di sicurezza sul lavoro;

di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, gli accordi provinciali, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti;

di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dal Bando INPS HCP 2019 nonché dalla normativa vigente;

che l'impresa è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____
come segue:

Codice Fiscale e n. d'iscrizione _____ data di iscrizione _____

iscritta nella sezione _____ il _____

(in caso di Cooperative i Consorzi di cooperative) di essere iscritto ai sensi del D.M. 23.6.2004 all'Albo delle Società Cooperative istituite presso il Ministero dello Sviluppo Economico al numero _____;

(in caso di Cooperative i Consorzi di cooperative) di essere iscritto ai sensi del D.M. 23.6.2004 all'Albo delle Società Cooperative presso la Regione _____ al numero _____;

di presentare istanza per l'iscrizione nell'elenco di soggetti accreditati per l'erogazione delle seguenti prestazioni integrative (barrare la lettera corrispondente alla prestazione scelta):

	Prestazione integrativa
A	Servizi professionali domiciliari (Oss, Educatore Professionale)
B	Altri servizi professionali domiciliari (Psicologo, Fisioterapista e Logopedista)
C	Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (Centri socio-educativi riabilitativi diurni; Centri diurni per gli anziani-, Centri di aggregazione giovanile; Centri per l'infanzia)
D	Sollievo Domiciliare
E	Trasferimento assistito-Trasporto individuale con assistenza
F	Percorsi di integrazione scolastica



COMUNE DI OSIMO

Provincia di Ancona

	<i>a) Percorsi di integrazione scolastica</i>
	<i>b) Servizi di assistenza scolastica specialistica</i>
G	Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale
	<i>a) Percorsi di inserimento occupazionale</i>
	<i>b) Percorsi di valorizzazione</i>
H	Servizi per minori affetti da autismo
I	Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili

di allegare alla presente almeno una **referenza bancaria** rilasciata da istituti di credito operanti negli stati membri della UE o intermediari autorizzati ai sensi della L. 1 settembre 1993, n. 385, dalla quali risulti che il richiedente ha sempre fatto fronte ai propri impegni con regolarità e puntualità. Nel caso in cui quest'ultimo, per giustificati motivi, non sia in grado di presentare le referenze richieste, trova applicazione quanto previsto dall'art. 86, comma 4, del d. lgs 50/2016;

OGGETTO SOCIALE:

che svolge le seguenti attività, servizi e particolari iniziative specifiche nel campo della non autosufficienza

che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatico, per l'espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

I dati giudiziari, eventualmente raccolti ai sensi del DPR 445/2000 e DPR 412/2000, saranno trattati in conformità al citato Regolamento.

Titolare del procedimento è il Comune di Osimo – Capofila dell'A.T.S. XIII nella persona del Funzionario delegato Ex Art. 17 D. lgs 165/2001 Dott.ssa Alessandra Cantori.

Luogo e data

Timbro e Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore e dalla carta dei servizi