



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE B02

UFFICIO DI PIANO VIA GIUSEPPE MAZZINI N. 13
82018 - SAN GIORGIO DEL SANNIO (BN) - C.F. 01752300622
Tel. e fax 0824/58214 e-mail aziendaconsortileb02@libero.it; aziendaconsortileb02@pec.it

ALLEGATO A - MODELLO DI DOMANDA

"MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'INDIVIDUAZIONE DI UN PARTNER ATTUATIVO PER IL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2019.

Il/Lasottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____ Residente _____ CAP _____

Indirizzo _____ in qualità di Legale Rappresentante del
soggetto _____ titolare _____ e/o _____ gestore
dell'ente _____

con sede legale a _____ CAP _____

Indirizzo _____ Tel _____

fax _____ e-mail _____ e con sede operativa a

_____ CAP _____ via _____

Tel _____ fax _____ PEC _____

Partita Iva _____ ragione sociale _____

estremi dell'atto costitutivo _____ estremi dello statuto _____,

estremi dell'iscrizione ai registri prefettizi ex art. 13 DLCP n. 1577/1947 _____ Iscrizione

all'albo regionale _____ (se cooperativa sociale), iscrizione alla CCIAA _____;

MANIFESTA L'INTERESSE

a voler svolgere le attività previste nell'ambito del Progetto HOME CARE PREMIUM 2019 per il periodo dal 01/01/2020 al 30/06/2022.

a tal fine dichiara:

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di non trovarsi in alcuna delle clausole di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;

- di rispettare la correttezza delle posizioni previdenziali (indicare i numeri di matricola o iscrizione INPS e INAIL)_____;
- di impegnarsi ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro contenute nel D.Lgs. 81/2008 (Testo Unico Sicurezza Lavoro) e dalle relative disposizioni correttive, ovvero dal D.Lgs 106/2009;
- di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i;
- di impegnarsi a stipulare polizze assicurative per le responsabilità civile per le attività prestate e per responsabilità civile verso terzi. Ciascuna di dette garanzie deve prevedere un massimale non inferiore a € 500.000 (euro cinquecentomila/00);

DICHIARA INOLTRE

in qualità di legale rappresentante e in conformità alle disposizioni del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di possedere:

- A)** la seguente esperienza (almeno triennale) in servizi di assistenza domiciliare per soggetti non autosufficienti (anziani/disabili/minori con difficoltà), esclusivamente in convenzione con Enti Pubblici nell'ultimo triennio 2016 - 2017 - 2018:

Tipologia servizio	Committente	Periodo (indicare date)	Durata

- B)** Esperienza (almeno triennale) in gestione di apparecchiature di domotica (sensori gas, allagamento, caduta, esistenza in vita...) in servizi destinati a soggetti non autosufficienti (anziani/disabili/minori con difficoltà) svolti esclusivamente in convenzione Enti Pubblici nell'ultimo triennio 2016 - 2017 - 2018;

Tipologia servizio	Committente	Periodo (indicare date)	Durata

C) Aver almeno n. 3 servizi identici per progetti a valere degli avvisi HOME CARE PREMIUM svolti esclusivamente in convenzione con Enti Pubblici di durata non inferiore a 36 mesi continuativi;

Tipologia servizio	Committente	Periodo (indicare date)	Durata

D) Possedere la certificazione di Qualità UNI EN ISO 9001:2008_____.

E) Possedere la certificazione di accreditamento_____.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del legale rappresentante.

Luogo e data

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come integrato e modificato a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento UE n°679/2016 .

Lì _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
