

## Allegato A/1

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Al Comune di Tempio Pausania  
Settore dei Servizi alla Persona ed alle  
Imprese  
Servizi Sociali  
Piazza Gallura n. 3  
CAP 07029. Tempio Pausania (OT).

**Oggetto: Istanza di partecipazione per la costituzione di un albo dei soggetti qualificati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del progetto Home Care Premium 2014.**

#### Istanza di ammissione alla gara e connessa dichiarazione

Il sottoscritto ..... nato il ..... a  
..... in qualità di ..... dell'impresa  
..... con sede in  
..... con codice fiscale n..... con  
partita IVA n ..... con la presente

#### CHIEDE

**Di essere iscritto all'albo dei soggetti qualificati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del progetto Home Care Premium 2014:**

come impresa singola.

#### **Oppure**

**altro** (specificare la denominazione e la natura giuridica)

.....  
.....

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

#### DICHIARA

Per se e per tutti i soggetti previsti al comma 1 dell'art. 38 del D. Lgs. 163/2006:

- ☐ di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative previste nell'articolo 38, del D.lgs 12.04.2006, n. 163
- ☐ di mantenere regolari posizioni previdenziali ed assicurative presso l'INPS e, l'INAIL e di essere in regola con i relativi versamenti;
- ☐ di non partecipare alla presente procedura in più di un raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario ovvero anche in forma individuale qualora si partecipi alla gara in raggruppamento o consorzio;
- ☐ di non incorrere nei divieti di cui agli artt. 36, comma 5, e 37, comma 7 del Codice dei contratti;
- ☐ di essere in regola con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali a favore dei lavoratori dipendenti ex L. 266/2002 e secondo la legislazione vigente

☐ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi della Legge 12/3/1999 n. 68; e che le relative verifiche potranno essere svolte presso il competente Ufficio (indicare l'Ufficio competente al quale rivolgersi al fine della verifica);

☐ che l'impresa non si è avvalsa di piani individuali di emersione di cui all'art. 1 bis, comma 14 della legge n. 383/2001 e s.m.i.;

**Oppure**

☐ che l'impresa si è avvalsa di piani individuali di emersione di cui all'art. 1 bis, comma 14 della legge n. 383/2001 e s.m.i., ma che il periodo di emersione si è concluso entro il termine ultimo di presentazione dell'offerta;

☐ Che all'impresa non è stata applicata la sanzione interdittiva prevista dall'art. 9, secondo comma, lettera a) e/o c) del D. Lgs. n. 231/2001 emessa anche in sede cautelare;

☐ che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di: ..... per le seguenti attività:

.....  
e che i dati dell'iscrizione sono i seguenti (per le ditte con sede in uno stato straniero, indicare i dati di iscrizione nell'Albo o Lista ufficiale dello Stato di appartenenza):

numero di iscrizione .....

data di iscrizione .....

durata della ditta/data termine .....

forma giuridica .....

titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari (indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e il luogo di residenza):

.....  
(N.B.) indicazione dei nominativi delle persone delegate a rappresentare ed impegnare legalmente l'impresa:

- in caso di impresa individuale, il nominativo del titolare e del direttore tecnico;

- in caso di s.n.c., il nominativo di tutti i soci e del direttore tecnico;

- in caso di s.a.s., il nominativo di tutti i soci accomandatari e del direttore tecnico;

- in caso di altro tipo di società o consorzio, il nominativo di tutti gli amministratori muniti di rappresentanza e del direttore tecnico o il socio unico, ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci;

**Oppure**

☐ Che l'impresa non è soggetta all'obbligo di iscrizione alla C.C.I.A.A. come da allegata copia dell'atto costitutivo e dello statuto;

**Oppure**

☐ iscrizione all'Albo Regionale istituito di cui alla L. R. 22/4/1997 n. 16, per la categoria adeguata all'oggetto dell'appalto al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,

**oppure**

☐ iscrizione all'Albo regionale di cui alla L. 388/2000 e finalità statutarie coerenti con l'oggetto della presente gara n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

**oppure**

☐ iscrizione in albi equivalenti nell'ambito del territorio nazionale o della Comunità Europea di seguito indicati: (denominazione albo ed estremi di iscrizione), iscrizioni e requisiti di cui alla L. 118/2005.:

.....  
.....

**oppure**

☐ per le imprese sociali il possesso dei requisiti di cui alla L. 118/2005 e al D.Lgs. 155/2006 e in particolare:

.....  
.....

che l'esperienza lavorativa nell'ultimo anno è la seguente:

- Oggetto del servizio \_\_\_\_\_  
 Committente del servizio \_\_\_\_\_  
 Durata \_\_\_\_\_ Periodo di svolgimento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

- Oggetto del servizio \_\_\_\_\_  
 Committente del servizio \_\_\_\_\_  
 Durata \_\_\_\_\_ Periodo di svolgimento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

- Oggetto del servizio \_\_\_\_\_  
 Committente del servizio \_\_\_\_\_  
 Durata \_\_\_\_\_ Periodo di svolgimento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

- Oggetto del servizio \_\_\_\_\_  
 Committente del servizio \_\_\_\_\_  
 Durata \_\_\_\_\_ Periodo di svolgimento dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

**NEL CASO DI OPERATORI ECONOMICI** aventi sede, residenza o domicilio nei Paesi inseriti nelle BLACK LIST di cui al decreto del Ministro delle finanze del 4 maggio 1999 e al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 21 novembre 2001).

☐ di essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata ai sensi del D.M. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze;

#### **DICHIARA INOLTRE**

- l'impegno ad impiegare personale in possesso della professionalità richiesta per la prestazione da eseguire
- che la capacità organizzativa di cui si dispone è idonea a garantire un'ottima e puntuale esecuzione delle prestazioni;
- che il prezzo stabilito dall'INPS per le prestazioni oggetto dell'avviso è nel suo complesso, remunerativo e tale da consentire l'offerta effettuata;
- di aver valutato tutte le circostanze generali, particolari o locali e le clausole indicate nell'Avviso che possono influire sul servizio e sulla determinazione della tariffa offerta;
- di avere tenuto conto nella formulazione dell'offerta degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza e assistenza e degli obblighi derivanti dall'applicazione del CCNL o dalle norme vigenti in materia di contrattazione;
- attesta l'osservanza, all'interno della propria azienda, degli obblighi di sicurezza previsti dalla vigente normativa;
- che le prestazioni avverranno nel pieno rispetto dell'Avviso, del Regolamento INPS e dell'Avviso Pubblico INPS per la realizzazione del progetto Home Care Premium 2014 con la consapevolezza che l'inottemperanza a tale impegno costituirà inadempimento contrattuale ai sensi degli artt. 1453 e ss. del c.c.;
- di aver preso integrale visione e di accettare senza riserve né condizioni tutte le norme e disposizioni contenute nell' Avviso e nella normativa richiamata in tali atti.
- di aver preso integrale visione delle modalità di attuazione delle prestazioni di cui all'Avviso e di accettarle senza riserve né condizioni.
- che le prestazioni saranno fornite nel pieno rispetto degli elementi offerti dal concorrente, con la consapevolezza che l'inottemperanza a tale impegno costituirà inadempimento contrattuale ai sensi degli artt. 1453 e ss. del C.C..

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e si autorizza il Comune di Tempio Pausania al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. del 30.06.2006 n. 196.
- di impegnarsi alla stipula di apposite polizze assicurative che garantiscano il personale utilizzato e l'utenza;
- Segue indicazione dell'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate presso il quale si è iscritti. \_\_\_\_\_
- Segue Indicazione, ai fini della verifica della regolarità contributiva (richiesta DURC), del contratto collettivo (CCNL) applicato, del numero di dipendenti e del numero di matricola INPS. \_\_\_\_\_
- Segue l'indicazione obbligatoria del domicilio eletto per le comunicazioni relative alla presente procedura, del numero di fax e posta elettronica e/o pec (posta elettronica certificata) per le comunicazioni dell'Amministrazione, dando atto ed accettando che tutte le comunicazioni inerenti la procedura saranno effettuate dal Comune mediante l'utilizzo del numero di fax e/o pec indicati, ai sensi e per gli effetti dell'art. 79 comma 5quinquies del D. Lgs. 163/2006:

.....  
 .....  
 .....

#### DICHIARA INOLTRE

che sulla base del piano tariffario predisposto dall'INPS (tariffa massima onnicomprensiva sulla base dell'unità di misura di prestazione) come appresso indicato (cfr in proposito Avviso Pubblico Home Care Premium, ART. 15, punto 3) che le tariffe applicate saranno le seguenti (che non potranno essere superiori alla tariffa definita dall'INPS):

| Attività Accessoria |                                                  | N/H | Prestazioni Massime | € Max    | Unità                             | Tariffe proposte |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----|---------------------|----------|-----------------------------------|------------------|
| A)                  | Oss/Educatore Professionale                      | H   | 90                  | € 20,00  | Per ora di intervento             |                  |
| B)                  | Servizi e strutture a carattere extradomiciliare | N   | 27                  | € 35,00  | Per giornata di ospitalità        |                  |
| C)                  | Interventi di sollievo                           | H   | 72                  | € 12,00  | Per ora di intervento             |                  |
| D)                  | Trasferimento Assistito                          | N   | 18                  | € 35,00  | Per servizio                      |                  |
| E)                  | Pasto a domicilio                                | N   | 180                 | € 2,00   | Per consegna                      |                  |
| F)                  | Supporti – Ausili / Domotica                     | N   | 2                   | € 300,00 | Quota per intervento una - tantum |                  |
| G)                  | Educatore Professionale                          | H   | 90                  | € 20,00  | Per ora di intervento             |                  |

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

#### **N.B.**

**La presente dichiarazione, resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.**