

Al Comune di Ragusa – Ente capofila del Distretto 44
VII Settore – Servizi Sociali

Oggetto:

Il sottoscritto nato a il
residente in Via.....n..... nella
qualità di Legale Rappresentante della **società cooperativa sociale/onlus/ente no-profit/ soggetto del
terzo settore in genere,,** con sede legale in Via città
Prov. C.F. P.IVA tel.
..... fax

PEC e-mail

CHIEDE

di essere accreditato per il potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali e socio-sanitari rivolti ai destinatari dei progetti personalizzati, anche attraverso la creazione delle équipe multidisciplinari per la presa in carico nel caso di bisogni complessi ; CUP: F61H20000030006. Ministero del Lavoro e delle politiche sociali – Direzione Generale per l' inclusione sociale e le politiche sociali; progetto del Distretto sociosanitario 44 finanziato in seguito ad avviso pubblico 1/2019 di cui al Decreto Direttoriale del 2 ottobre 2020 n. 329 a valere sul Fondo Sociale Europeo, , PON INCLUSIONE giusta Convenzione di sovvenzione AV1-393.

A tal fine

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge, che la COOPERATIVA SOCIALE/ ENTE NO PROFIT IN GENERE, possiede i seguenti requisiti:

- 1) Iscrizione alla Camera di Commercio Industria e Artigianato competente per territorio (qualora richiesta dalle normative vigenti in materia) segnatamente per attività riguardanti la presa in carico di soggetti in condizioni di disagio economico e di vulnerabilità sociale ovvero (nel caso in cui non sia prevista l' iscrizione alla Camera di Commercio Industria e Artigianato) previsione espressa nello statuto vigente di attività riguardanti la presa in carico di soggetti in condizioni di disagio economico e di vulnerabilità sociale;

- 2) Assenza delle cause di esclusioni previste dall'art.80 del D.lgs 50/2016 tutto incluso e niente escluso (così come espressamente dettagliate ai punti 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5f-bis, 5fter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) ;
- 3) Applicazione integrale, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento, dei CCNL di settore e degli accordi integrativi;
- 4) Regolare posizione in materia di contributi previdenziali e assistenziali;
- 5) Regolare posizione rispetto agli obblighi ed adempimenti in materia di diritto del lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/1999;
- 6) Essere in regola con la normativa sulla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- 7) Non avere effettuato licenziamenti, fatti salvi quelli per giusta causa e per giustificato motivo soggettivo e fatti salvi specifici accordi sindacali con le organizzazioni territoriali più rappresentative, nei 12 mesi precedenti l' attivazione del tirocinio;
- 8) Esperienza comprovata per almeno un anno nella gestione delle attività di cui al punto 1)
- 9) Adozione della carta dei servizi.
- 10) Iscrizione all'Albo regionale, ove previsto, per l'attività svolta relativa a soggetti/nn.ffa. in difficoltà economica e di vulnerabilità sociale;
- 11) Attestazione di revisione in corso di validità ove prevista dalla normativa vigente.

Di avere in particolare esperienza nella gestione nell'ultimo anno dei servizi/attività sotto descritti:

Denominazione e oggetto del servizio	Ente committente	Periodo di attuazione

DICHIARA INOLTRE AD OGNI EFFETTO DI LEGGE DI IMPEGNARSI A :

- 1) Assicurare la presenza del Servizio Sociale Professionale e del supporto amministrativo per ogni presa in carico;

- 2) Redigere insieme al nucleo familiare affidato dal Servizio Sociale Professionale dell' Ente il PATTO DI INCLUSIONE SOCIALE:
- 3) Inserire il PATTO DI INCLUSIONE SOCIALE nella piattaforma GE.PI.
- 4) Nel caso di bisogno complesso assicurare la costituzione di una equipe multidisciplinare con le istituzioni di pertinenza (SerT, DSM, UEPE, USSM, ISTITUZIONI SCOLASTICHE, ETC);
- 5) Assicurare il supporto amministrativo a tali azioni;
- 6) Monitorare periodicamente il Patto di inclusione sociale redatto;
- 7) Assicurare i necessari tutoraggio/accompagnamento/ assistenza/supervisione al nucleo familiare relativamente alla realizzazione degli interventi sociali o socio-sanitari previsti nel Patto di inclusione
- 8) Porre in essere ogni altra azione utile per la realizzazione del patto.
- 9) Permettere in qualsiasi momento l' attività ispettiva sulle prese in carico effettuate da parte del Servizio Sociale Professionale in forza ai Comuni del Distretto.

DICHIARA INFINE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, ai sensi degli artt.46 e 47 e seguenti del D.P.R. 445/2000, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendaci, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R. le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste nelle procedure concernenti gli appalti pubblici.

1. Di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016, tutto incluso e niente escluso, ed espressamente di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste nell'art. 80, del D.Lgs. 50/2016 ai punti 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f, 1g, 2, 3, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5f-bis, 5fter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (**dichiarazione da ripetere per ogni soggetto con potere di firma**);
1. (ove richiesto dalla normativa vigente) Di essere iscritto al Registro delle imprese presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di _____
per l'attività di _____
 numero e data di iscrizione _____
 organi di amministrazione, persone che li compongono (indicare nominativi ed esatte generalità di tutti i componenti del Consiglio di amministrazione muniti di rappresentanza

2. Di essere in regola circa la correttezza degli adempimenti periodici relativi ai versamenti Contributivi verso l'INAIL e l'INPS
 di essere assicurata all'I.N.A.I.L. codice ditta n° _____
 di essere iscritta all'I.N.P.S. con matricola n° _____
 di applicare il seguente contratto collettivo _____

- dimensione aziendale da 0 a 5 da 6 a 15 da 16 a 50 da 51 a 100 oltre
3. Di non incorrere in nessuna delle sanzioni o misure cautelari che impediscono di contrarre con le Pubbliche Amministrazioni;
 4. Di avere un fatturato medio di € _____ (euro _____/00) nell'ultimo triennio;
 5. Di aver preso visione ed accettato, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse con formale impegno al loro assoluto rispetto;
 6. Di essere informato, ai sensi e per effetto del D.Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
 7. Indica il seguente domicilio per ogni comunicazione relativa al presente avviso

E i seguenti recapiti

- Mail _____ tel/cell _____
- Posta certificata _____

La presente dichiarazione, esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455, viene presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del dichiarante.

Allega a pena di esclusione:

Patto di accreditamento (ALLEGATO B) timbrato e sottoscritto dal Legale Rappresentante in ogni foglio e contenente in ogni foglio la dicitura: per accettazione integrale tutto incluso e niente escluso.

Documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante

Carta dei servizi limitatamente alle azioni previsti dal presente avviso pubblico

Data _____

Timbro e Firma

Il Legale Rappresentante
