***Scheda anagrafica***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni integrative di cui al Progetto HOME CARE PREMIUM 2022 finanziato da INPS.**

***1 – DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE***

**Il sottoscritto:**

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

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| sesso  M  F,

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_|, Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_|,

Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_, C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

PEC / posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***2 -DATI DELLA DITTA***

Denominazione (nome della ditta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale/p. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 iscritta alla Camera di Commercio (C. C. I. A. A.) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_|,

n. REA |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, (in caso di Impresa);

 iscritto al seguente Collegio/Ordine professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_, n. iscrizione\_\_\_\_\_\_\_, (*in caso di Libero Professionista);*

 iscritto al seguente Albo Nazionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_,

n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_/ al RUNTS, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_, n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_

 (*in caso di Cooperative Sociali o Consorzi tra cooperative);*

 iscritto al seguente Registro, ex L. 383/2000 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_,

n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_/ al RUNTS, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_, n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_

 (*in caso di Associazioni di promozione sociale*,

  iscritto al seguente Registro, ex L.266/1991 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_,

n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_/ al RUNTS, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_, n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*in caso di Organizzazioni di Volontariato*),

 iscritto al RUNTS ex DLgs n 117/2017 sez. \_\_\_\_\_\_\_\_, n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*in caso di altre Associazioni o enti privi di scopo di lucro);*

 atto costitutivo o statuto (indicazione del numero e luogo di registrazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Sede legale in: Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, Telefono\ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **2.1 SERVIZI E PRESTAZIONI*****NB: Nel caso Servizi e strutture a carattere extra domiciliare: indicare la tipologia del servizio/struttura in relazione alla normativa vigente; gli estremi dell’atto di autorizzazione e/o accreditamento, l’ubicazione del servizio*** |
| ***Indicazione del servizio per cui si intende accreditarsi*** | ***Breve descrizione degli interventi da realizzare per ciascun servizio*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **2.2 PROFILI PROFESSIONALI** |
| ***Profili professionali in dotazione organica corrispondenti al servizio per cui si intende accreditarsi*** | **N. Operatori** | **Qualifica/titolo professionale** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  |  |

* **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**
* DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Luogo e data

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

Firma del Legale Rappresentante

*(firma per esteso e leggibile e timbro dell’impresa)*

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

**N.B.: *le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante del fornitore richiedente; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d’identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.***