



Allegato 4 - Domanda di partecipazione

**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.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap  
\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC  
\_\_\_\_\_

In qualità di Legale Rappresentante del fornitore di seguito indicato:

Denominazione \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale/P.I. \_\_\_\_\_

Sede Legale (*indirizzo*) \_\_\_\_\_

N.Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Sede Operativa (*indirizzo*) \_\_\_\_\_

N.Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_



Allegato 4 - Domanda di partecipazione

**Costituito nella seguente nella forma giuridica:**

<input type="checkbox"/>	Impresa
<input type="checkbox"/>	Libero Professionista
<input type="checkbox"/>	Cooperativa sociale
<input type="checkbox"/>	Consorzio tra cooperative ( <i>indicare il fornitore esecutore del servizio e denominazione sociale, forma giuridica, codice fiscale/P. Iva delle imprese che costituiscono in consorzio</i> ): _____ _____
<input type="checkbox"/>	Associazione di promozione sociale
<input type="checkbox"/>	Organizzazione di volontariato
<input type="checkbox"/>	Altre associazioni e/o ente privo di scopo di lucro ( <i>specificare la tipologia</i> ): _____ - _____

**MANIFESTA INTERESSE PER**

**richiedere l'iscrizione Elenco dei Fornitori delle prestazioni integrative nei Comuni dell' Area Valdinievole** previste nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022 - INPS - *Periodo 1/10/2024 -30/06/2025* per le seguenti prestazioni:

- Servizi professionali domiciliari: Educatore Professionale;
- Altri servizi professionali domiciliari: Psicologo;
- Altri servizi professionali domiciliari: Fisioterapista;
- Altri servizi professionali domiciliari: Logopedista;
- Supporti;

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

**Ai sensi del DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n°445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:**



Allegato 4 - Domanda di partecipazione

•	Di avere preso visione dell'Avviso e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
•	Di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2022 residenti nei Comuni della Valdinievole
•	Di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui agli artt.94 e 95 del D.Lgs n.36/2023;
•	Di essere in regola, ove dovuto: con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/99); con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali in favore dei dipendenti (Legge n.266/02) e secondo la legislazione vigente; con gli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D. Lgs n. 626/94 e ss.mm.e ii.; con il Documento Unico di Regolarità Contributiva(DURC);
•	Di essere iscritto alla C.C.I.A.A. competente per territorio, per attività corrispondenti a quelle del presente avviso con indicazione della sezione e del n. di iscrizione (per le _____ imprese): _____ _____
•	Di essere in possesso di partita Iva e iscrizione all' Ordine/Collegio Professionale corrispondente al servizio per cui si intende accreditarsi, alla rispettiva Cassa di previdenza, o iscrizione alla gestione separata Inps sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente (con indicazione della sezione e del n. di iscrizione (per i liberi professionisti): _____);
•	Di essere iscritto all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso il Ministero delle Attività Produttive per il tramite degli uffici delle Camere di Commercio, istituito con D.M. 23.06.2004 o al RUNTS istituito con D. Lgs n.117/2017, con oggetto corrispondente a quello del servizio per cui si intende accreditarsi, con indicazione della sezione e del n. di iscrizione (per cooperative sociali e consorzi tra cooperative) _____ _____;

•	<p>Di essere iscritto nel corrispondente Registro, ex L. 383/2000 o al RUNTS, ex D. Lgs. n.117/2017 (con indicazione della sezione e del numero di iscrizione) e possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali con oggetto corrispondente a quelli del presente avviso (per Associazioni di Promozione Sociale);</p> <p>_____</p> <p>_____;</p>
•	<p>Di essere iscritto nel corrispondente Registro, ex L. 266/1991 o al RUNTS ex D. Lgs. n.117/2017 (con indicazione della sezione e del numero di iscrizione) e possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali con oggetto corrispondente a quelli del presente avviso (per Organizzazioni di Volontariato);</p> <p>_____</p> <p>_____;</p>
•	<p>Di essere in possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali corrispondenti a quelli del presente avviso, con indicazione del numero e luogo di registrazione (per altre associazioni e/o enti privi di scopo di lucro);</p> <p>_____</p> <p>_____;</p>
•	<p>Di essere in possesso di accreditamento ai sensi della LR Toscana n. 82/2009 n. _____ conseguita presso _____;</p>
•	<p>Di essere in possesso di autorizzazione all'attività rilasciata dal Comune di _____ in data _____;</p>
•	<p>Di possedere o impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o cose conseguenti all'attività del servizio;</p>
•	<p>Di possedere, in dotazione organica, figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni integrative per le quali si intende iscriversi;</p>
•	<p>Che il fornitore non partecipa alla presente selezione in più di un'associazione temporanea o consorzio ovvero non partecipa sia singolarmente che quale componente di un'associazione temporanea o consorzio;</p>



Allegato 4 - Domanda di partecipazione

•	Di non trovarsi in alcuna delle cause di decadenza, di sospensione previste dall'art. 67 del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n.159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 84, c.4, del medesimo codice (art. 94, c.2 D.Lgs. n. 36/2023);
•	Che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, c. 2, lett. c) del D.Lgs. n. 231/2001 e/o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 14 del D. Lgs.09/04/2008 n. 81 (art.94, c.5, lett. a) D. Lgs. 36/2023);
•	Di non essere iscritto nel casellario informatico tenuto dall'Osservatorio dell'ANAC per aver presentato false dichiarazioni o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'attestazione di qualificazione, per il periodo durante il quale perdura l'iscrizione (art. 94, c.5, lett. e) D.Lgs.n. 36/2023);
•	Di non essere stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 13 maggio 1991, n.152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio1991, n.203;
•	Di impegnarsi a mantenere valida e vincolante la proposta presentata per un periodo anche superiore a180 giorni dalla data di scadenza della presentazione della stessa in caso di richiesta dell'Amministrazione ai sensi dell'art.17co.4 del D.Lgs. n.36/2023;
•	<p>Che l'impresa mantiene la seguente la posizione previdenziale ed assicurativa:</p> <p>INPS sede di _____ matricola n. _____*</p> <p>INAIL sede di _____ matricola n. _____*</p> <p><i>* nel caso di più iscrizioni, indicare la principale; nel caso di non iscrizione indicare la ragione</i></p>

**DICHIARA INOLTRE**

- che, per le prestazioni integrative da erogare ai beneficiari individuati da INPS sulla



Allegato 4 - Domanda di partecipazione

base dei Piani Assistenziali Individuali, si applicheranno le tariffe indicate nell'avviso, onnicomprensive di ogni onere e imposta, compresi gli eventuali oneri accessori (materiali, supporti amministrativi, coordinamento, formazione, spostamenti, ...);

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

**di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Valdinievole [www.sds.prato.it](http://www.sds.prato.it);**

che nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi alla SDSValdinievole;

che tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco, per cui la SDS Valdinievole rimane del tutto estraneo a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

***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. In caso di consorzio, la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta anche dai legali rappresentanti dei soggetti mandanti***

(luogo e data) \_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

*N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*