

All'A.I.P.E.S.
Via G. D'Annunzio, 17
03039 Sora (Fr)

**ISTANZA DI AMMISSIONE ALL'ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI
QUALIFICATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE
NELL'AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022**

Il sottoscritto: _____

nato il: _____ a: _____ []

in qualità di: _____

dell'impresa/società/cooperativa: _____

con sede in: _____

via: _____

con codice fiscale n. _____ con partita IVA n. _____

codice attività n. _____

tel: _____ e-mail: _____

PEC: _____

CHIEDE

di essere ammesso all'Elenco di operatori economici qualificati per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2022" da scegliere tra le seguenti:

X	Prestazione	Misura	Importo unitario massimo
	OSS	Ore	20,00 €
	Educatore Professionale	Ore	20,00 €
	Psicologo	Ore	25,00 €
	Fisioterapista	Ore	25,00 €
	Logopedista	Ore	25,00 €
	Centri socio educativi riabilitativi diurni	Unità	35,00 €
	Centri diurni per gli anziani	Unità	35,00 €
	Centri di aggregazione giovanile	Unità	35,00 €
	Centri per l'infanzia	Unità	35,00 €
	Domiciliare	Ore	15,00 €
	Diurno Extra Domiciliare	Unità	15,00 €
	Residenziale	Unità	15,00 €
	Trasporto Individuale senza assistenza	Ore	35,00 €
	Trasporto individuale con assistenza	Ore	35,00 €
	Trasporto individuale con assistenza carrozzato	Ore	35,00 €
	Trasporto barellato	Ore	35,00 €
	Consegna pasto	Unità	12,00 €
	Supporto 1	Unità	750,00 €
	Supporto 2	Unità	750,00 €
	Supporto 3	Unità	750,00 €
	Supporto 4	Unità	750,00 €
	Supporto 5	Unità	750,00 €
	Supporto 6	Unità	750,00 €
	Supporto 7	Unità	750,00 €
	Supporto 8	Unità	750,00 €
	Supporto 9	Unità	750,00 €
	Percorsi di integrazione scolastica	Unità	20,00 €
	Servizi di assistenza scolastica specialistica	Ore	20,00 €
	Percorsi di inserimento occupazionale	Unità	25,00 €
	Percorsi di valorizzazione	Ore	25,00 €
	Servizi per minori affetti da autismo	Unità	25,00 €
	Servizi sportivi	Ore	35,00 €

(Barrare con una X una o più tipologie)

DICHIARA

ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti.

☐ che l'impresa è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di:

come segue:

n. d'iscrizione: _____ data di iscrizione: _____

Sezione: _____ il: _____

Oggetto sociale _____

☐ che l'impresa è regolarmente iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative:

come segue:

n. d'iscrizione: _____, data di iscrizione _____

Sezione: _____ il: _____

Oggetto sociale _____

- di svolgere le seguenti attività, servizi e forniture specifici nel campo della non autosufficienza:

- di possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio e/o per la fornitura di ausili e supporti;

- di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dal Bando INPS Progetto HCP 2022 nonché dalla normativa vigente;

- che non sussistono nei confronti dei legali rappresentanti e dei componenti degli organi di amministrazione condanne con sentenza passata in giudicato per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale o, comunque, per delitti finanziari e che nulla risulta a carico degli stessi soggetti nel casellario giudiziario;

- di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione o situazioni equivalenti e inesistenza di domande pendenti di concordato e/o di amministrazione controllata;

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette e delle tasse;

- di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti;

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali, a favore dei lavoratori secondo la legislazione italiana e di essere iscritto:

INPS sede di _____ cap. _____

Via _____

matricola n. _____

INAIL sede di _____ cap. _____

Via _____

posizione assicurativa _____ codice ditta n. _____

- di rispettare le norme del Decreto Legislativo n. 81/2008;
- di essere in possesso delle seguenti polizze assicurative (specificare tipologia, numero polizza, validità):

Luogo e data

Timbro e Firma

ACCETTO

che la liquidazione delle fatture verrà effettuata esclusivamente a seguito della Rendicontazione da parte di AIPES alla Direzione Regionale Inps.

Timbro e Firma

DICHIARA INFINE

Di acconsentire al trattamento dei dati e di essere informato che i dati contenuti nella presente dichiarazione sono raccolti e trattati per i soli fini inerenti il presente avviso pubblico e che in relazione ai dati forniti potrà esercitare i diritti di cui agli art. 7 e 8 del D.Lgs n. 196/03 e s.m.i.

Luogo e data

Timbro e Firma

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- ☐ statuto;
- ☐ carta dei servizi;
- ☐ copia di un documento d'identità del Rappresentante Legale in corso di validità;
- ☐ copia iscrizione Albo/Registri Regionali/C.C.I.A./Tribunale/Registro prefettizio;
- ☐ autodichiarazione attestante qualifica degli operatori dipendenti;
- ☐ copia del certificato attestante di avere esperienza lavorativa in materia di assistenza di almeno 1 anno;
- ☐ dichiarazione ai sensi dell'art. 80 D.lgs 50/16.