

Mod. A

Al Comune di Potenza
Unità di Direzione Servizi alla Persona
Ufficio Servizi Sociali
Via Nazario Sauro
85100 POTENZA

OGGETTO: PROGETTO “HOME CARE PREMIUM 2019”. DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEI FORNITORI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Provincia _____

Documento di identità _____ n. _____

in qualità di _____ del/della _____

denominazione _____ forma giuridica _____

con sede legale a _____ indirizzo _____ n. _____

sede operativa a _____ indirizzo _____ n. _____

tel. _____ fax _____ e mail _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____,

Iscritto nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore _____

Iscritto all’Albo delle Società Cooperative;

Accreditato presso il CIP-Comitato Regionale Basilicata.

Presa visione dell’Avviso Pubblico di cui all’oggetto, manifestando con la sottoscrizione della presente, l’interesse all’erogazione delle prestazioni integrative di cui all’oggetto

CHIEDE

di essere inserito nel Registro dei fornitori di prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti e fragili nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2019”, promosso dall’INPS – Gestione ex INPDAP al quale il Comune di Potenza ha aderito quale Soggetto proponente, per le seguenti prestazioni integrative (barrare la casella interessata):

Descrizione prestazione integrativa (barrare la casella interessata)			Tipo unità	Costo massimo unità comprensivo di IVA
A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali				
	OSS		ora	€ 21,00
	Educatore Professionale			
B) Altri servizi professionali domiciliari				
	Psicologo		ora	€ 31,91
	Logopedista			
	fisioterapista			
Servizi e strutture a carattere extra domiciliare				
	Centri socio educativi riabilitativi diurni		ora	€ 25,00
	Centri diurni per gli anziani			
C) Sollievo				
	domiciliare		ora	€ 12,60
	diurno extra domiciliare		unità	€ 25,00
	residenziale		unità	€ 45,00
E) Trasferimento assistito				
	Trasporto Collettivo senza assistenza		ora	€ 10,50
	Trasporto Collettivo con assistenza			€ 21,00
	Trasporto Collettivo con assistenza carrozzato			€ 21,00
	Trasporto Individuale senza assistenza			€ 10,50
	Trasporto individuale con assistenza			€ 21,00
	Trasporto individuale con assistenza carrozzato			€ 21,00
	Trasporto barellato			€ 21,00
F) consegna Pasto			servizi	€ 10,50
G) Supporti				
H) Percorsi di integrazione scolastica				
	Percorsi di integrazione scolastica		unità	€ 23,10
	Servizi di assistenza scolastica specialistica		ora	
I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale				
	Percorsi di inserimento occupazionali		unità	€ 26,25
	Percorsi di valorizzazione		ora	€ 26,25
L) Servizi per minori affetti da autismo			unità	€ 26,25
M) Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili			ora	€ 26,25

A tal fine, consapevole delle pene stabilite ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

DICHIARA

- a. di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;
- b. di essere iscritto al Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore di competenza per le prestazioni suddette:

numero di iscrizione _____
data di iscrizione _____
durata _____
forma giuridica _____
codice fiscale _____
titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza:
(indicare i nominativi, le qualifiche, i luoghi e le date di nascita e residenza)

- c. per le Associazioni e le Cooperative sociali, di essere iscritto nell' apposito albo o registro prescritto da disposizioni di legge, come di seguito riportato:

albo/registro _____
n. di iscrizione _____
sezione _____
anno di iscrizione _____

- d. per federazioni, enti di promozione sportiva, società e associazioni sportive anche dilettantistiche accreditate presso il CIP-Comitato Regione Basilicata:

di essere affiliata al CIP regionale al n. _____, di essere affiliata all'EPS _____; di essere accreditata dall'Organismo internazionale _____ riconosciuto dal CIO.

- e. Ambito/i di intervento:

- CULTURALE
 - EDUCATIVO
 - TUTELA PROMOZIONE DI DIRITTI
 - PROMOZIONE CIVILE
 - SOCIO-ASSISTENZIALE
 - SANITARIO
 - RICREATIVO, DI EDUCAZIONE ALLA PRATICA SPORTIVA E TEMPO LIBERO
 - TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO AMBIENTALE
 - ALTRO (SPECIFICARE)
-

- f. di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;

- g. l' insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti al legale rappresentante, associati e dipendenti e collaboratori;

- h. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
- i. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, e delle tasse;
- j. di essere in regola con l'applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro e di rispettare le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- k. di rispettare, nei confronti dei propri dipendenti, i vigenti C.C.N.L. ed i contratti integrativi di categoria di riferimento;
- l. di non essere in nessuna delle condizioni ostative a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione indicate all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016;
- m. di essere in possesso dell'autorizzazione al funzionamento, ai sensi del D.M. 308/2001 e della Legge Regione Basilicata n. 4/2007, per i servizi contemplati nel manuale per l'autorizzazione dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-assistenziali e socio-educative approvato con Delibera di Giunta della Regione Basilicata n. 194 del 09/03/2017.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di essere ben consapevole e di accettare senza riserve che, per quanto attiene ai pagamenti delle prestazioni integrative in favore dei fornitori, gli stessi sono subordinati alla validazione periodica da parte dell'Inps della rendicontazione della spesa presentata dal Comune, oltre che all'effettivo trasferimento delle relative risorse finanziarie.

Trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), questa pagina descrive le modalità di trattamento dei dati personali eseguiti sia in modalità elettronica che cartacea da questa amministrazione.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è *il Comune di Potenza*

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile alla seguente email: albano.giovanni.232@gmail.com

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Questa amministrazione esegue trattamenti di dati personali solo nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri. La base giuridica del presente trattamento: si rimanda alle premesse del presente Avviso.

TIPI DI DATI TRATTATI

- Dati identificativi (ragione o denominazione sociale, ovvero nome e cognome delle persone fisiche, indirizzo sede, telefono, fax, e-mail, dati fiscali, ecc.)
- Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale (carte sanitarie)
- Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale (nome, cognome, età, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo privato, indirizzo di lavoro)
- Beni, proprietà, possessi (proprietà, possessi e locazioni; beni e servizi forniti o ottenuti)
- Dati Patrimoniali
- Giudiziari
- Dati relativi all'attività economica e commerciale
- Istruzione e Cultura
- Certificati di qualità prodotti
- Certificati di qualità professionale
- Idoneità al lavoro

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Le finalità sono connesse alla gestione della procedura di istituzione del registro dei fornitori per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del progetto "home care premium 2019" e per la successiva stipula e gestione del patto di accreditamento.

DESTINATARI DEI DATI

Sono destinatari dei dati raccolti i seguenti soggetti designati da questa amministrazione, ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento, quali responsabili del trattamento:

- *Uffici giudiziari*
- *Società e imprese*
- *Altre amministrazioni pubbliche*
- *Camere di commercio, industria, artigianato ed agricoltura*
- *Responsabili esterni*

I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale dell'amministrazione, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

I dati sono trattati *nella Comunità Europea*.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli interessati hanno il diritto di ottenere da questa amministrazione, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza all'Amministrazione è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati

DIRITTO DI RECLAMO

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato direttamente dagli uffici dell'amministrazione avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante della Privacy, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Si allega alla presente:

1. domanda di ammissione, redatta secondo il fac-simile Mod. A allegato al presente avviso, a firma del soggetto interessato o del legale rappresentante del soggetto partecipante;
2. copia fotostatica non autenticata di un documento di identità;
3. dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 secondo il fac-simile Mod. B allegato al presente avviso;
4. Copia dell'atto Costitutivo, dello statuto e del Curriculum (se trattasi di Cooperativa Sociale).

Potenza,

Firma

Mod. B

Modulo per Dichiarazioni di idoneità morale

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente in _____
alla via _____

in qualità di (*carica sociale*)

della (*denominazione*)

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

- che nei propri confronti non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D. Lgs. 159/2011 o di una delle cause ostative previste dall'art. 67 del medesimo decreto legislativo;
- che nei propri confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale ovvero sentenza di condanna passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45 par. 1 Direttiva CE 2004/18.

OVVERO

- che nei propri confronti è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale. A tal fine, nel prosieguo, si precisano le condanne subite (*autorità giudiziaria, data e natura del provvedimento, reato commesso, data del fatto, pene comminate, eventuali pertinenti ulteriori informazioni*):

-
-
-

- che non sussistono le cause di esclusione previste dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 in quanto nei propri confronti non si sono verificate le circostanze di cui alla richiamata norma (vittime che

non abbiano denunciato i reati di concussione ed estorsione per i quali sia stata formulata la richiesta di rinvio a giudizio nell'anno antecedente la data di pubblicazione dell'avviso).

Data _____

Firma _____