



CITTÀ di MONTESILVANO

(Provincia di Pescara)

SETTORE II – SERVIZI ALLA PERSONA



Piazza Diaz, 1 - 65015 MONTESILVANO - codice fiscale 00193460680 - Tel. 085.44811 - www.comune.montesilvano.pe.it

ALLEGATO A – MODELLO DI DOMANDA

(Enti del Terzo Settore / Operatori economici fornitori del servizio)

All'Azienda Speciale dei Servizi Sociali del
Comune di Montesilvano
pec :info@pec.aziendasociale.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'iscrizione all'Elenco degli Enti fornitori di prestazioni integrative – Progetto Home Care Premium 2025-2028.

Il/La sottoscritto/a, nella qualità di legale rappresentante dell'Ente/Società di seguito indicato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti (art. 75 D.P.R. 445/2000), dichiara quanto segue.

DATI DELL'ENTE / OPERATORE ECONOMICO

Denominazione/Ragione sociale _____

Forma giuridica _____
(Cooperativa sociale ex L. 381/1991 / Consorzio / altro ETS – specificare)

Sede legale: via/piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Codice fiscale / Partita IVA _____

Iscrizione C.C.I.A.A. n. _____ oppure

Albo Nazionale Società Cooperative n. _____

Indirizzo PEC _____
(obbligatorio per le comunicazioni relative al presente avviso)

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Codice fiscale _____

SERVIZIO/I PER CUI SI CHIEDE L'ACCREDITAMENTO

Chiede l'iscrizione nell'Elenco degli Enti fornitori per l'erogazione del/i seguente/i servizio/i di cui all'art. 2 dell'Avviso (barrare una o più caselle):

- ☐ Servizi di cura e assistenza alla persona in condizione di disabilità, effettuati da operatore sociosanitario (OSS)
- ☐ Servizi di cura e assistenza alla persona in condizione di disabilità, effettuati da operatore socioassistenziale (OSA)
- ☐ Servizi specialistici per il potenziamento delle capacità relazionali ed emotive, effettuati da educatore professionale sociosanitario
- ☐ Servizi specialistici per il potenziamento delle capacità relazionali ed emotive, effettuati da educatore professionale socio-pedagogico

ELENCO DEL PERSONALE QUALIFICATO DISPONIBILE

(indicare i nominativi e le qualifiche di ciascuna figura professionale impiegata, come richiesto dall'art. 4 dell'Avviso; allegare copia delle relative attestazioni)

Nominativo	Qualifica (OSS/OSA/Educatore prof.le)	Estremi attestazione/titolo	Tariffa oraria proposta (€)

TARIFFARIO PROPOSTO

Tariffario orario lordo omnicomprensivo proposto, congruo alle tariffe regionali vigenti (indicare per ciascuna figura professionale, se differenziato, oppure nella tabella sopra riportata).

€/h _____

Si dichiara che tale tariffa sarà comunque soggetta, prima della stipula della Convenzione, a verifica di congruità e approvazione da parte della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture Sociali dell'INPS.

ULTERIORI DICHIARAZIONI (ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

- che l'Ente è regolarmente iscritto alla C.C.I.A.A. per l'attività oggetto del presente Avviso, ovvero all'Albo Nazionale delle Società Cooperative;
- che non sussistono, in capo all'Ente e ai relativi soggetti apicali, le cause di esclusione previste dal Codice dei Contratti Pubblici vigente (D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.);
- che l'Ente è in regola con gli obblighi contributivi e previdenziali, come attestato da DURC in corso di validità;
- che l'Ente rispetta le norme in materia di sicurezza sul lavoro e applica il CCNL Cooperative Sociali (o CCNL di settore pertinente) al proprio personale;
- che l'Ente dispone di personale qualificato in possesso dei titoli professionali richiesti per le prestazioni di cui sopra, come da elenco allegato;
- di aver preso visione integrale dell'Avviso pubblico e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni e clausole;
- di essere consapevole che la presentazione della presente istanza non comporta alcun obbligo per l'ADS n. 18 in merito all'effettivo instaurarsi di un rapporto con i beneficiari individuati dall'INPS, né alcun rapporto di lavoro con l'Azienda Speciale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e del personale sopra dichiarati;
- di essere informato/a, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura e per l'intera durata del Progetto HCP 2025/2028, e di prestare il proprio consenso al relativo trattamento.

ALLEGATI OBBLIGATORI

- ☐ Copia di documento di identità del legale rappresentante in corso di validità
- ☐ Copia delle attestazioni di qualifica professionale del personale indicato in elenco
- ☐ Visura camerale aggiornata o iscrizione all'Albo Nazionale delle Società Cooperative
- ☐ DURC in corso di validità (ove disponibile in fase di presentazione)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma del legale rappresentante _____

Informativa privacy: i dati personali raccolti con il presente modulo sono trattati dall'Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di cui al presente Avviso, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.