

ALLEGATO 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445

"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

Il/la sottoscritto _____

nato il _____ a _____

Cod.Fisc. _____

residente a _____ Via _____

in qualità di Legale Rappresentante dell'IMPRESA SOCIALE

avente sede legale a _____ Via _____

Cod.Fisc _____ P.IVA _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____ PEC _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere ai fini della partecipazione all'inserimento nell'elenco degli operatori accreditati da offerta sociale per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare sovracomunale; consapevole altresì che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata:

DICHIARA

- che l'Impresa Sociale ha ad oggetto sociale _____
- che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio (o analogo organismo europeo) di _____
n. iscrizione _____ data iscrizione _____
- che l'Impresa è iscritta presso l'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate di:

- che l'Impresa è iscritta all'Albo delle Società Cooperative tenuto dal Ministero dello Sviluppo Economico (già Ministero delle Attività Produttive) o in albi equivalenti nell'ambito dell'Unione Europea _____
n. iscrizione _____ data iscrizione _____

da redigere su carta intestata dell'Impresa

- che l'Impresa è iscritta all'Albo delle Cooperative Sociali della Regione

n. iscrizione _____ data iscrizione _____

- che la carica di Legale Rappresentante è attribuita al sig. _____

- e che i poteri di rappresentanza e di firma sono attribuiti anche alle seguenti persone:

1) **cognome** _____ **nome** _____

Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in Via _____ n. _____

carica _____ nominato il _____ fino al _____

con i seguenti poteri associati alla carica: _____

2) **cognome** _____ **nome** _____

Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in Via _____ n. _____

carica _____ nominato il _____ fino al _____

con i seguenti poteri associati alla carica: _____

3) **cognome** _____ **nome** _____

Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in Via _____ n. _____

carica _____ nominato il _____ fino al _____

con i seguenti poteri associati alla carica: _____

- che l'Impresa non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'art. 186 bis del R.D. 16 marzo 1942, n. 267, e che nei riguardi dello stesso non è in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;

- che l'Impresa è in regola con gli obblighi relativi alle vigenti disposizioni in materia di protezione dell'impiego e di condizioni di lavoro, ovvero (*barrare una delle seguenti opzioni A o B*):

da redigere su carta intestata dell'Impresa

- A) la propria condizione di non assoggettabilità agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/99 (nel caso di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti oppure nel caso di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti qualora non abbia effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000);
- B) la propria ottemperanza agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/99 (nel caso di concorrente che occupa più di 35 dipendenti oppure nel caso di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti che abbia effettuato una nuova assunzione dopo il 18 gennaio 2000);
- di mantenere regolari posizioni previdenziali ed assicurative presso:
- INAIL – codice ditta: _____
- INAIL – posizioni assicurative territoriali: _____
- INPS – matricola ditta: _____
- INPS – sede competente: _____
- INPS – posizione contributiva: _____
- e di essere in regola con i relativi versamenti.
- che l'Impresa Sociale non ha commesso violazioni gravi definitivamente accertate rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui l'operatore economico è stabilito.
- che l'Impresa non ricade nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016;
- che l'Impresa è edotta circa le caratteristiche del servizio richiesto ed in particolare:
- di aver preso esatta conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento del servizio e di aver ritenuto le condizioni tali da consentire l'erogazione dello stesso;
 - di aver preso esatta conoscenza del corrispettivo previsto per l'erogazione del servizio, indicato all'Art. 3 del documento “ DISCIPLINARE DI ACCREDITAMENTO REQUISITI MINIMI DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SAD, ADM, SADH” e di aver ritenuto tale corrispettivo adeguato per l'erogazione del servizio;
 - di impegnarsi ad applicare, per i soci e per i soci cooperatori impegnati nel servizio condizioni normative e retributive non inferiori a quelle previste dal Contratto Collettivo di Lavoro di categoria;
 - di aver acquisito ed esaminato il Bando di accreditamento e di accettare integralmente e senza riserve tutte le disposizioni, clausole, restrizioni, limitazioni e responsabilità in essi contenute;
 - di aver acquisito ed esaminato il documento “DISCIPLINARE DI ACCREDITAMENTO - REQUISITI MINIMI DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI SAD, ADM,

da redigere su carta intestata dell'Impresa

- SADH””, e di accettarne integralmente, senza riserve e condizioni, tutte le disposizioni, clausole, restrizioni, limitazioni e responsabilità in esso contenute;
- di assumersi ogni responsabilità ed onere nei confronti dell' Ente accreditante (Consorzio Progetto Solidarietà) e di terzi (Comuni invianti e utenti), nei casi di mancata adozione di quei provvedimenti utili alla salvaguardia delle persone e degli strumenti coinvolti nella erogazione del servizio;
 - di possedere o impegnarsi a stipulare entro 10 giorni dalla firma del Patto di Accreditamento, apposita copertura assicurativa degli operatori per rischi di responsabilità civile RCT con un massimale non inferiore a € 2.500.000,00 unico per sinistro e RCO per un massimale di almeno € 2.500.000,00, per sinistro con il limite € 1.500.000,00 per ogni persona danneggiata, a garanzia di danni che possano derivare ad utenti o terzi durante l'espletamento del servizio
 - Di garantire la reperibilità di un supervisore e coordinatore gestionale del servizio in orario d'ufficio per cinque giorni a settimana nei giorno feriali, il cui nominativo dovrà essere comunicato entro 5 giorni lavorativi dall'inserimento nell'albo dei soggetti accreditati;
 - Di avere esperienza (di cui allega documentazione comprovante) , di almeno 3 anni continuativi precedenti di gestione di attività socio-educative e di assistenza e cura alle persone anziane e/o alle persone con disabilità e/o ai minori e loro famiglie;
 - Di aver conseguito nel corso del triennio 2013-2015 un fatturato medio annuo superiore a € 100.000,00, nei servizi oggetto della presente procedura di accreditamento;
 - di impegnarsi a produrre tutti i documenti previsti nel Bando
 - l'assenza negli ultimi 24 mesi, precedenti la data della presente di interruzioni di servizi socio assistenziali o socio-educativi in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili;
 - l'assenza, da parte del rappresentante legale dell'Organizzazione, di condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
 - l'assenza, da parte del legale rappresentante dell'Organizzazione, della applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
 - l'assenza, da parte del legale rappresentante dell'Organizzazione, di procedimenti per l'applicazione di una misura di prevenzione o di sicurezza e non avere in corso procedimenti per l'irrogazione delle stesse;
 - l'assenza di cancellazione/radiazione dall'Albo dei soggetti accreditati per servizi di cui al suddetto punto 2, a seguito di accertata carenza dei requisiti, non previamente comunicati dal soggetto accreditato o per inadempienze contrattuali;

da redigere su carta intestata dell'Impresa

- di applicare nei confronti dei propri dipendenti addetti alle prestazioni oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci lavoratori, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul territorio nazionale;
- di possedere una struttura aziendale idonea sotto il profilo organizzativo, finanziario e tecnologico all'effettuazione dei servizi e delle prestazioni richieste;
- di utilizzare le schede di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza/famiglia somministrate annualmente o al termine dell'intervento;
- di utilizzare le schede di valutazione del grado di soddisfazione degli operatori somministrate annualmente;
- di tenere regolarmente aggiornato l'archivio e le schede nominative per utente contenenti almeno: il progetto educativo individuale condiviso, i verbali degli incontri di monitoraggio con utente/famiglia/servizi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali;

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente bando di accreditamento sia comunicata al seguente indirizzo _____

n.fax _____ e-mail _____

(luogo e data)

(timbro e firma del rappresentante legale)

si allega fotocopia del documento d'identità

La presente dichiarazione, di cui agli allegati 1, 2 e 3, deve esse prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/200
