

Alla SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

ALLEGATO 1

Coprogettazione di “Percorsi per l'autonomia di persone con disabilità “PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità-Progetto1 - CUP G64H22000390006 e Progetto 2 -CUP G64H22000400006.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

*Dichiarazioni sostitutive di certificazioni o sostitutive di atto di notorietà
(artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. e i.)*

AVVISO DI PROCEDURA COMPARATIVA (ai sensi dell'art. 55 del D. Lgs 117/2017 e dell'art. 11 Legge Regione Toscana 65/2020) finalizzata all'individuazione di n. 1 Ente del Terzo Settore in forma singola o di raggruppamento temporaneo disponibile alla co-progettazione, all'esecuzione e alla gestione di percorsi per l'autonomia di persone con disabilità per il Progetto 1) CUP **G64H22000390006** e/o Progetto 2) CUP **G64H22000400006**.

Il sottoscritto _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
prov. _____ CAP _____ via/Piazza _____, in qualità di
(carica sociale) _____ autorizzato a rappresentare legalmente il
seguito soggetto giuridico (barrare la casella appropriata e inserire denominazione e ragione sociale):

- ☐ organizzazione di volontariato _____
- ☐ associazione e o ente di promozione sociale _____
- ☐ organismo della cooperazione _____
- ☐ cooperativa sociale _____
- ☐ fondazione _____
- ☐ ente di patronato _____
- ☐ altro soggetti privati non a scopo di lucro secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 5, L. 328/2000, dall'art. 2, D.P.C.M. 30.03.2001 _____

sede

legale

sede

operativa

numero

di

telefono

posta

elettronica

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO AL QUALE INVIARE LE COMUNICAZIONI

- DOMICILIO ELETTO PRESSO IL QUALE RICEVERE LE COMUNICAZIONI TRAMITE EVENTUALE RACCOMANDATA CON AVVISO DI RICEVIMENTO O MEDIANTE NOTIFICAZIONE:

- INDIRIZZO DI PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)

- INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA:

-REFERENTE PER LA PROCEDURA: COGNOME E NOME

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA di COPROGETTAZIONE DI CUI AL CUP

.....

☐ **COME SINGOLO**

OPPURE

☐ **COME MANDATARIA/CONSORZIATA CAPOGRUPPO**

OPPURE

☐ **COME MANDANTE**

del raggruppamento:

Già costituito come da contratto di mandato collettivo speciale e dalla procura di cui all'atto pubblico in data _____ n. _____ di repertorio ricevuto dal notaio Dr. _____ o da scrittura privata autentica registrata a _____ il _____ al n. _____.

Oppure

da costituirsi* tra i seguenti soggetti

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE MANDANTARIA (o CONSORZIATA CAPOGRUPPO)	
DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE MANDANTE (o CONSORZIATA)	
DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE MANDANTE (o CONSORZIATA)	

***Allegare alla presente istanza la dichiarazione di impegno a costituirsi in forma associativa**

OPPURE:

SOLO PER CONSORZI

- consorzio formato dalle seguenti imprese: (indicare ragione sociale e sede di tutte le imprese facenti parte del Consorzio):

DATI RELATIVI A CIASCUNA DELLE IMPRESE SOPRA INDICATE

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE	SEDE LEGALE	LEGALI RAPPRESENTANTI (dati anagrafici)

e, 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. n. 445/2000 nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato dichiara ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità

DICHIARA

- di non avere a proprio carico divieti a contrarre con la Pubblica Amministrazione
- di non avere in corso procedimenti pendenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della legge n. 1423/1956 e ss.mm.i. o di una o più cause ostative previste dall'art. 10 della Legge 575/1965 e ss.mm.e i.
- di non essere incorso in una delle cause di decadenza, divieto o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs 6 settembre 2001 n. 159 e dei tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 4 D. Lgs 8 agosto 1994, n. 490
- di non aver subito sentenze 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, paragrafo 1 direttiva CE 2004/18
- di non essere incorsi in violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al

pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana

- di essere in regola con le norme sulla sicurezza e salute dei luoghi di lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
 - di essere a conoscenza che il finanziamento della Società della Salute Pratese verrà concesso sotto forma di contributo soggetto a rendicontazione di spese effettive e di accettare questa modalità;
 - che l'ente non ha, a suo carico, sin dalla sua costituzione, verbali di discriminazione di genere
 - di essere iscritto al Registro Unico Nazionale del terzo Settore o, in alternativa ed in caso di non completa operatività del RUNTS, ad uno dei registri precedentemente previsti dalle normative di settore: *(indicare gli estremi dell'iscrizione)*
-
- di aver maturato esperienza di almeno tre anni in materia di supporto all'autonomia abitativa e lavorativa dei soggetti con disabilità e a favore di amministrazioni pubbliche, facendo riferimento al periodo temporale degli ultimi 5 (cinque) anni.

COMPILARE LA TABELLA

	Oggetto del servizio/intervento	Ente committente oppure ente partner (in caso di coprog.)	Importo (euro)	Anno esecuzione	Tipo di contratto (appalto, convenzione a seguito coprog, ecc.)
1					
2					
3					
...					
.					

DICHIARA INOLTRE

- Di avere preso integrale ed accurata visione e di accettare senza condizione o riserva alcuna le condizioni contenute nell'avviso di indizione di istruttoria, nel progetto di massima e degli altri documenti messi a disposizione dalla Sds Area Pratese;
- Di obbligarsi ad applicare i contratti collettivi di lavoro nazionali e, se esistenti, gli accordi integrativi territoriali e/o aziendali anche dopo la scadenza e fino alla loro sostituzione;
- Di accettare di partecipare, se selezionato, al tavolo di co-progettazione, a tutte le condizioni riportate nell'avviso e di avere formulato il piano economico-finanziario anche in considerazione delle condizioni riportate nei documenti predisposti dalla Società della Salute Area Pratese ;
- Di non aver subito fino ad oggi risoluzioni anticipate per contratti stipulati con enti pubblici;
- Di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il concorrente sarà escluso dalla presente selezione e se fosse già stato stipulato il contratto, esso stesso sarà risolto di diritto.
- Di osservare le norme sulla sicurezza sui luoghi di lavoro (ex D.Lgs. 81/2008) nonché di essere in possesso dei requisiti obbligatori previsti dalla normativa vigente, ed in particolare:

INAIL	SEDE DI	NUMERO DI POSIZIONE
INPS	SEDE DI	NUMERO DI POSIZIONE
Settore di appartenenza del CCNL		

DICHIARA INFINE

IN RELAZIONE AL PROGETTO PRESENTATO

Barrare la casella che interessa

☐ Che il contenuto del progetto presentato costituisce *in toto* segreto industriale ed aziendale per la seguente motivazione:

Oppure

☐ Che il contenuto del progetto presentato costituisce *in parte* segreto industriale ed aziendale per la seguente motivazione: _____

Le parti costituenti segreto si individuano alle pagine _____ del progetto.

Oppure

☐ Che il contenuto del progetto presentato non contiene segreti industriali o aziendali.

_____, li _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, per la validità della presente istanza deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore. Pertanto non è necessaria la autenticazione della sottoscrizione.

Nel caso in cui la firma sociale sia stabilita in maniera congiunta, la sottoscrizione del presente modello deve essere effettuata, a pena di esclusione, da tutti i legali rappresentanti della Impresa. In tal caso le copie dei documenti di identità, allegate in luogo della autentica delle sottoscrizioni, dovranno essere presentati per tutti i firmatari.

Il sottoscrittore, in caso di falsità o dichiarazione mendace, è sottoposto alle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. n. 445/2000.