



**P.O. R. FSE Abruzzo 2014 – 2020 Piano Operativo 2017/2019 Asse 2 Obiettivo tematico 9 Priorità di investimento
9i Obiettivo specifico 9.1 Tipologia di Azione 9.1.2 - ABRUZZO CAREFAMILY
Progetto COMUNI-CARE CUP: C61H18000080006**

**Spett.Le
Al Comune di Spoltore
Via G. Di Marzio, 66
65010 Spoltore (PE)**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a Il

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente)

.....

Con sede legale a

CAP Indirizzo

Tel. fax

e-mail

E con sede operativa a

Prov CAP via

Tel fax PEC

Partita Iva

MANIFESTA

l'interesse all'iscrizione nel **Catalogo dell'offerta dei servizi da erogare ai Care Giver familiari dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 16 Metropolitano** per il/i seguente/i servizio/i:

- 1) servizi di caregiver con personale qualificato (ad es. operatore socio-sanitario, assistente familiare, operatore per l'assistenza di base, etc...);
- 2) servizi di supporto psico/socio/educativo da parte di personale qualificato;
- 3) servizi di Assistenza Domiciliare integrata (ADI) di tipo sociale in termini di ore (sono



**P.O. R. FSE Abruzzo 2014 – 2020 Piano Operativo 2017/2019 Asse 2 Obiettivo tematico 9 Priorità di investimento
9i Obiettivo specifico 9.1 Tipologia di Azione 9.1.2 - ABRUZZO CAREFAMILY
Progetto COMUNI-CARE CUP: C61H18000080006**

- escluse attività di tipo sanitario), centri diurni, centri di accoglienza e similari;
- 4) servizi di assistenza scolastica per studenti con disabilità (ad es. assistente educativo);
- 5) rette e servizi a pagamento per attività extrascolastiche e doposcuola, centri ludico ricreativi, centri estivi ;

A tal fine, consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. Di essere in possesso del seguente provvedimento autorizzativo:

Atto n. Data Rilasciato da

2. Di avere la seguente natura giuridica

- a) Cooperativa Sociale
b) Consorzio (specificare la composizione del consorzio)
c) Organizzazione di Volontariato
d) Organizzazione di promozione sociale
e) Ente Ecclesiastico
f) Fondazione
g) Ditta individuale
h) Altro soggetto privato avente caratteristica PMI
i) Ente Pubblico (Comune)
l) Altro organismo pubblico (specificare)

ULTERIORI INFORMAZIONI DELLA STRUTTURA E DEL SERVIZIO

- a) Denominazione della struttura o del servizio e relativa ragione sociale

Via _____ N. civ. _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ fax _____

Mail _____ PEC _____



**P.O. R. FSE Abruzzo 2014 – 2020 Piano Operativo 2017/2019 Asse 2 Obiettivo tematico 9 Priorità di investimento
9i Obiettivo specifico 9.1 Tipologia di Azione 9.1.2 - ABRUZZO CAREFAMILY
Progetto COMUNI-CARE CUP: C61H18000080006**

b) Mezzi pubblici di trasporto utili a raggiungere la sede sopra indicata

c) Tipologia di servizi erogati

d) Articolazione oraria dei servizi erogati (specificare)

e) Periodi, giorni di chiusura dell'attività nell'arco di un anno

f) Indicare la Tariffa/retta in vigore applicata per ciascuna tipologia/ fascia oraria del servizio

Retta giornaliera/mensile/oraria € _____ Per n. di ore _____ Servizio _____

Retta giornaliera/mensile/oraria € _____ Per n. di ore _____ Servizio _____

Retta giornaliera/mensile/oraria € _____ Per n. di ore _____ Servizio _____

Retta giornaliera/mensile/oraria € _____ Per n. di ore _____ Servizio _____



**P.O. R. FSE Abruzzo 2014 – 2020 Piano Operativo 2017/2019 Asse 2 Obiettivo tematico 9 Priorità di investimento
9i Obiettivo specifico 9.1 Tipologia di Azione 9.1.2 - ABRUZZO CAREFAMILY
Progetto COMUNI-CARE CUP: C61H18000080006**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

resa ai sensi dell'art. 46 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a

Nato/a Il

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente)
..... consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art.76 del
succitato T.U. per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni e della decadenza dei benefici conseguenti
al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del
medesimo T.U

DICHIARA

di avere i seguenti requisiti richiesti dall'avviso per la partecipazione alla manifestazione di interesse

di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e in ogni altra
situazione soggettiva che possa determinare l'esclusione dalla presente manifestazione di interesse e/o
l'incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;

di essere titolare dell'autorizzazione comunale all'esercizio dell'attività di erogazione di servizi alla
persona prevista dall'art. 11 della L. 328/2000 nonché dall'art. 5 della L.R. n. 2 del 04.01.2005;

di avere l'iscrizione alla C.C.I.A.A. in settore attinente all'oggetto della presente manifestazione di
interesse,

In particolare:

Per le cooperative sociali: regolare iscrizione nella sezione Cooperative sociali dell'Albo
Nazionale delle Cooperative per attività inerenti l'oggetto della presente manifestazione di
interesse, precisando i dati dell'iscrizione, l'oggetto sociale e le generalità delle persone che
rappresentano legalmente la cooperativa;

Per le associazioni/organizzazioni di volontariato: iscrizione in uno degli albi previsti dalla
legge delle organizzazioni di volontariato ed esibizione di copia dello statuto e dell'atto costitutivo
da cui si evince lo svolgimento dei servizi di cui alla presente manifestazione di interesse;

Per gli enti e le associazioni di promozione sociale: regolare iscrizione a uno dei registri
previsti dalla legge n. 383/2000 ed esibizione di copia dello statuto e dell'atto costitutivo da cui si
evince lo svolgimento di servizi attinenti all'oggetto della presente manifestazione di interesse;



**P.O. R. FSE Abruzzo 2014 – 2020 Piano Operativo 2017/2019 Asse 2 Obiettivo tematico 9 Priorità di investimento
9i Obiettivo specifico 9.1 Tipologia di Azione 9.1.2 - ABRUZZO CAREFAMILY
Progetto COMUNI-CARE CUP: C61H18000080006**

SI IMPEGNA A

- erogare i servizi messi a catalogo ai soggetti che verranno selezionati dall'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 16 Metropolitan con apposito Avviso;
- comunicare qualsiasi modifica, variazione e revoca di quanto dichiarato nel presente modulo;
- rendersi disponibile, per tutto il periodo di durata dell'inserimento nel catalogo, a qualsiasi richiesta di controlli, di informazioni, di dati, di documenti, di attestazioni o dichiarazioni da parte dell'Ufficio di Piano dell'Ambito;
- rispettare la normativa lavoristico - previdenziale e a tutela delle condizioni nell'ambiente di lavoro con riguardo ai propri addetti e alle condizioni di salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente nonché nel rispetto della contrattazione collettiva di riferimento.

Si allega:

- copia conforme all'originale del provvedimento autorizzativo;
- curriculum con elencate le attività realizzate nell'ultimo triennio alla data del presente avviso;
- documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma e timbro

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Trattamento dei dati personali verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali e con la coerente normativa nazionale vigente del Comune di Spoltore; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona e socio-educativi, con particolare riferimento all'organizzazione del Progetto COMUNI-CARE.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiare dell'iscrizione al catalogo. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e del Responsabile esterno indicato, contattando rispettivamente il Responsabile della Protezione dati del Comune, all'indirizzo email rpd@comune.spoltore.pe.it Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento che, per quanto concerne il titolare è reperibile sul sito web del Comune di Spoltore, all'indirizzo www.comune.spoltore.pe.it.

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative relative al trattamento dei dati personali.

Data, _____/_____/_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante
