

Al Comune di Marsciano
Ente Capofila della Zona Sociale n. 4
Largo Garibaldi, 1
06055 Marsciano (PG)

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2014 – ASSISTENZA DOMICILIARE" PER NON AUTOSUFFICIENTI (Delibera di Giunta Comunale n 230 del 17.12.2015)

Il sottoscritto: _____
nato il: _____ a: _____ []
In qualità di: _____
dell'impresa/società/cooperativa: _____
con sede in: _____
via: _____
con codice fiscale n. _____ con partita IVA n. _____
codice attività n. _____
tel: _____ e-mail: _____
PEC: _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2014 – Assistenza domiciliare" per NON AUTOSUFFICIENTI per l'offerta delle Prestazioni Socio Assistenziali previste dal Progetto Home Care Premium 2014 per attività, servizi, forniture da scegliere nel seguente elenco:

- Servizi professionali domiciliari;
- Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (comprese le RSA);
- Sollievo;
- Trasferimento assistito;
- Supporti.

(barrare uno o più tipologie)

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA:

- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'articolo 38 del D. Lgs. 163/2006;
- di possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio e/o per la fornitura di ausili e supporti;
- di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana e di essere iscritto:

INPS sede di _____ cap. _____

via _____

matricola n. _____

INAIL sede di _____ cap. _____

via _____

posizione assicurativa _____ codice ditta n. _____

- di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, gli accordi provinciali, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti e di applicare il CCNL _____
- di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dal Bando INPS HCP 2014 nonché dalla normativa vigente;
- di rispettare le norme del Decreto Legislativo 196/2003 e del D.Lgs. n. 626/1994;
- che l'impresa è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di: _____
come segue: n. d'iscrizione: _____, data di iscrizione: _____
Sezione: _____ il: _____
Oggetto sociale: _____
- di svolgere le seguenti attività, servizi e forniture specifici nel campo della non autosufficienza:

_____;

- di essere in possesso delle seguenti polizze assicurative (specificare tipologia, numero polizza, validità):

- di essere informato che:

- ai sensi di quanto disposto dall'articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali raccolti dal Comune Marsciano – Capofila della Zona Sociale n. 4 saranno trattati, con e senza l'ausilio di strumenti elettronici, per l'espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente;
- i dati giudiziari, eventualmente raccolti ai sensi del DPR 445/2000 e DPR 412/2000, saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003. In relazione ai suddetti dati l'interessato può esercitare i diritti previsti dall'articolo 7 del citato Decreto Legislativo.

Titolare del trattamento è il Comune di Marsciano – Capofila della Zona Sociale n. 4 nella persona della Responsabile del Coordinamento delle attività della Zona Sociale n. 4 Dott.ssa Vilelma Battistoni.

Luogo e data

Timbro e Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento valido di identità del sottoscrittore e da eventuali allegati facoltativi.