



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



Gestione ex Inpdap

MODELLO PER ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI PRESTAZIONI INTEGRATIVE HCP 2017

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 E 48 DEL DPR 445/2000

(da rendere, sottoscritta dal titolare o legale rappresentante, in carta semplice con allegata la fotocopia di un documento di identità personale valido, ai sensi della normativa vigente in materia di semplificazione amministrativa)

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ (Prov. _____) il _____
residente in _____ (Prov. _____)
Via _____ n. _____
in qualità di _____
dell'Impresa _____
C.F. n°. _____ P.I. n°. _____
con sede legale in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
Via _____ n. _____
Tel. n°. _____ / _____ Fax n°. _____ / _____
E-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI HCP 2017

- come Cooperativa Sociale/Consorzio di Coop. Sociali
- come Organizzazione di volontariato
- come Associazione di promozione sociale
- come Associazione/Fondazione/Istituzione a carattere privato non a scopo di lucro
- come Impresa commerciale
- come Professionista singolo/ associato



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



per la fornitura delle seguenti prestazioni di cui all'art. 10 dell'Accordo
INPS/Comune di Frosinone per HCP 2017:

Prestazione integrativa	Costo riconosciuto	Importo unitario	Note
A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali	Costo orario personale di assistenza (OSS e/o educatore prof.le)	€ 20,00 max	
B) Altri servizi professionali domiciliari	Costo orario personale (psicologo, logopedista e/o fisioterapista)	€ 20,00 max	
C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	Costo accesso giornaliero c/o struttura diurna (centri socio educativi riabilitativi diurni, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia)	€ 35,00 max	
D) Sollievo	Costo orario assistente familiare (sollievo domiciliare, diurno extra domiciliare, residenziale)	€ 20,00 max	
E) Trasferimento/trasporto assistito	Trasporto collettivo senza assistenza Trasporto collettivo con assistenza Trasporto collettivo con assistenza carrozzato Trasporto individuale senza assistenza Trasporto individuale con assistenza Trasporto individuale con assistenza carrozzato Trasporto barellato	€ 35,00 max € 35,00 max € 35,00 max € 35,00 max € 35,00 max € 35,00 max € 35,00 max	
G) Supporti	Costo singolo supporto	€ 300,00 max	In base al budget disponibile sarà possibile valorizzare fino ad un massimo di 9 supporti
H) Percorsi di integrazione scolastica e servizi di	Costo servizio mensile (unità)	€ 365,00 max	



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



Gestione ex-Inpdap

assistenza scolastica specialistica	(educatore professionale, pedagoga, psicopedagoga, etc.)		
M) Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili	Costo per frequenza mensile (servizi sportivi)	€ 50,00 max	Palestre, piscine, etc.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione mendace è punita ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

a - che l'Impresa non si trova in alcuna delle condizioni definite dall'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;

b - che l'Impresa, al fine dell'idoneità professionale di cui all'art. 83, comma 3, D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., per lo svolgimento delle prestazioni previste nell'avviso pubblico, è iscritta :

- al REGISTRO DELLE IMPRESE presso la C.C.I.A.A. di _____ con il n. _____;
- all'ALBO REGIONALE DELLE COOPERATIVE SOCIALI concernente la gestione dei Servizi socio-assistenziali, sanitari ed educativi di cui all'art. 1, comma 1, lettera a), legge 8-11-1991, n. 381 della Regione _____ con il Decreto/Determinazione n. _____;
- che l'Impresa è iscritta ALL'ALBO NAZIONALE DEL MINISTERO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE istituito con D.M. 23 giugno 2004 al n. _____;
- all'ALBO REGIONALE DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO;
- al REGISTRO REGIONALE DELL' ASSOCIAZIONISMO;
- al REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE DELLA PREFETTURA DI _____;
- all'ALBO PROFESSIONALE dei _____ presso _____
- altro(specificare)_____

c - che l'Impresa ha almeno una sede operativa nel territorio provinciale di Frosinone al seguente indirizzo (compilare se diverso da quello della sede legale) _____

d - di aver maturato un'esperienza almeno biennale nel territorio della provincia di Frosinone nel campo dei servizi per i quali si richiede l'iscrizione;



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



e – che l’impresa, al fine dell’erogazione delle prestazioni per le quali richiede l’iscrizione e nel rispetto di quanto previsto nell’Avviso pubblico, ricorrerà all’impiego delle seguenti risorse umane (specificare numero e qualifica professionale) _____

f – di impegnarsi ad assicurare la continuità e la regolarità delle attività/servizi per le quali si è resa disponibile per tutta la durata del Progetto e per ciascun Piano di intervento sottoscritto con l’utenza;

g - di aver preso visione dell’Avviso pubblico e di accettare tutte le condizioni in esso previste;

h – di accettare, in particolare, quanto previsto nel bando nella sezione “Procedura operativa” con riferimento ai termini e alle modalità di pagamento delle prestazioni;

i - di essere a conoscenza e accettare, in particolare, che a seguito dell’iscrizione nel Registro dei fornitori tutti i rapporti giuridici ed economici faranno capo ai soggetti iscritti e che nessun rapporto si instaurerà tra il fornitore della prestazione ed il Comune di Frosinone, che non assume alcun obbligo né responsabilità in ordine all’affidamento delle prestazioni che rimane libera scelta del beneficiario.

LUOGO E DATA _____

IL DICHIARANTE

(timbro e firma)



Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B



INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso per l'iscrizione al registro dei fornitori HCP 2017

Luogo e data

Firma

Allega :

1. Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;
2. Curriculum dell'impresa/operatore economico/professionista;
3. Copia statuto e atto costitutivo.