

Domanda di Accreditamento per lo svolgimento del servizio di assistenza igienico personale in favore degli alunni diversamente abili, residenti nel Comune di Catania, frequentanti le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado. Anno scolastico 2019/2020 e successivi.

**Spett/le Comune di Catania
Direzione Famiglia e Politiche Sociali
P.O. Anzani-Disabilità-Integrazione Socio Sanitaria
Via Cardinale Dusmet 141
95124 Catania**

Il sottoscritto/a
 Nato/a ail.....
 Residente a..... Via.....
 Codice Fiscale

In qualità di Legale rappresentante della Cooperativa/Impresa./Ente/Azienda.....
 con sede legale in Via
 C.F./P.IVA n.....
 Telefono fax e-mail pec.....

Visto l'Avviso Pubblico per l'accreditamento di soggetti qualificati all'erogazione del Servizio di assistenza igienico personale in favore degli alunni diversamente abili, residenti nel Comune di Catania, frequentanti le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado. Anno scolastico 2019/2020 e successivi.

CHIEDE

l'Accreditamento della (Cooperativa/Impresa/Ente/Azienda)
 per lo svolgimento del servizio di assistenza igienico personale in favore degli alunni diversamente abili, residenti nel Comune di Catania, frequentanti le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado. Anno scolastico 2019/2020 e successivi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali, in caso di falsità di atti e di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.00 n. 445,

DICHIARA

di partecipare alla procedura di selezione di cui all'oggetto come (barrare la condizione che interessa):

- ditta singola;
- cooperativa sociale singola;
- capogruppo di un'associazione temporanea di imprese o consorzio;
- mandante di un'associazione temporanea di imprese o consorzio;
- consorzio di Cooperative.

che il/i legale/i rappresentante/i della Impresa/Ditta/Cooperativa è/sono:

nome e cognome _____

luogo e data di nascita _____

la Impresa/Ditta/Cooperativa è iscritta alla C.C.I.A.A. di _____
 dal _____ al n. _____, per l'esercizio dell'attività di _____;

che la Cooperativa è iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. _____ (in caso di Albi e/o registri diversi specificare il tipo e il numero di iscrizione);

che la Impresa/Ditta/Cooperativa è in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali;

che l' Impresa/Ditta/Cooperativa non si trova in situazioni di esclusione indicate nell'art. 80 del D.Lgs.50/2016 e ss.mm.ii.;

che, nei confronti delle persone indicate nell'allegato 5 del D. Lgs. 08/08/1994 n. 490, non sussistono cause di divieto a concludere contratti di cui all'art. 10 della L. 31/05/1965 n. 575;

che la Impresa/Ditta/Cooperativa non è stata interessata, nell'ultimo triennio, a procedure di interruzioni di servizi in essere presso pubbliche amministrazioni, per inadempimenti contrattuali a sé interamente imputabili;

che la Impresa/Ditta/Cooperativa non è stata oggetto di cancellazione/radiazione dall'Albo dei soggetti accreditati per qualsiasi tipologia di Servizio a seguito di accertata carenza dei requisiti, non previamente

- comunicati dal soggetto accreditato, o per inadempimenti contrattuali;
- di non essersi mai reso responsabile di gravi violazioni dei doveri professionali;
 - di non essere soggetto alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell'art. 17 della Legge 68/99 in quanto (barrare l'opzione scelta):
 - la propria Impresa/Ditta/Cooperativa occupa non più di 15 dipendenti;
 - la propria Impresa/Ditta/Cooperativa occupa dai 15 ai 35 dipendenti ma non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

ovvero (negli altri casi)

- di aver ottemperato alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell'art. 17 della Legge 68/99;
- l'insussistenza di rapporti di controllo ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile con altre Società;
- di trovarsi in situazione di controllo ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile quale soggetto controllato, rispettivamente con le società: _____
- di trovarsi in situazione di controllo ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile quale soggetto controllante, rispettivamente con le società: _____

(barrare una delle opzioni)

- di non partecipare alla procedura di accreditamento in più di una associazione temporanea o consorzio di concorrenti, e neppure in forma individuale qualora abbia concorso alla gara in associazione o consorzio;
- di partecipare per le seguenti imprese consorziate (qualora partecipi come consorzio)

(qualora partecipi come consorzio) di impegnarsi, in caso di iscrizione all'Albo dei soggetti accreditati, a presentare per ciascuna cooperativa consorziata che eseguirà il servizio le autodichiarazioni in merito: all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., l'ottemperanza all'art.17 della Legge 68/99 e alla dimostrazione della regolarità contributiva mediante presentazione dei relativi certificati;

- di aver tenuto conto degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori;
- di aver assolto agli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 relativamente alla nomina del Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione degli infortuni;
- di aver preso conoscenza dell'Avviso di accreditamento e di accettarne incondizionatamente tutte le prescrizioni;
- di aver preso conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari che possono aver influito sulla determinazione del prezzo e delle condizioni contrattuali che possono influire sull'esecuzione del servizio oggetto della presente procedura di accreditamento;
- di avere svolto nell'ultimo biennio (anni 2017 e 2018) servizi oggetto dell'avviso di accreditamento o similari per un valore complessivo non inferiore a € 200.000,00;
- che gli operatori che verranno destinati al servizio di assistenza igienico personale sono in possesso delle qualifiche richieste nell'avviso di accreditamento;
- di avere esperienza nella gestione diretta, o in concessione o in appalto, di servizi di assistenza igienico personale o similari, avendo svolto negli anni 2017 e 2018 i seguenti servizi per un importo non inferiore a € 200.000,00 nel biennio:

Servizio	Svolto dal al.....	Destinatario	Importo annuale servizio (Iva esclusa)

- di disporre di un coordinatore del Servizio in possesso di un'esperienza (alla data di scadenza dell'avviso) di coordinamento di servizi;
- di impegnarsi ad avere disposizione, entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuto accreditamento, una propria sede sul territorio della Città di Catania o zone limitrofe, sita in Via n.cap. Comune di.....;
- di possedere la Carta dei Servizi inerente i servizi per i quali viene richiesto l'accREDITAMENTO;
- di essere in grado di presentare, entro 5 giorni dell'inizio del servizio, polizza assicurativa contro il rischio di responsabilità civile per danno a persone e cose, conseguenti all'attività del Servizio, con un massimale non inferiore ad € 1.500.000,00.

DICHIARA INOLTRE:

(da compilarsi solo per ATI e Consorzi)

- Che le Imprese/Cooperative associate/associande/consorziate che parteciperanno allo svolgimento del servizio oggetto del presente accreditamento sono le seguenti:

o Nome Impresa/Cooperativa : _____

indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____;
o Nome Impresa/Cooperativa _____;
indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____;
o Nome Impresa/Cooperativa _____;
indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____;
o Nome Impresa/Cooperativa _____;
indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INFINE

a fornire il Servizio di assistenza igienico personale in favore degli alunni diversamente abili, residenti nel Comune di Catania e zone limitrofe, frequentanti le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado. Anno scolastico 2019/2020 e successivi, ad un costo orario omnicomprensivo di €. 16,00 (compresa Iva, se dovuta, nella misura del 5% e costi di gestione).

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega a pena di esclusione:

- fotocopia documento di identità del Legale Rappresentante o dei firmatari;
- copia delle linee guida, patto accreditamento, disciplinare e allegati, debitamente timbrati e firmati dal titolare o legale rappresentante in ogni facciata, in segno di piena conoscenza e accettazione delle disposizioni in esso contenute. Nel caso di raggruppamenti di imprese non ancora costituiti, ai quali si applicano le disposizioni previste dall'art. 80 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., ciascuna Impresa/Cooperativa facente parte del raggruppamento dovrà sottoscrivere la medesima copia.
- In casi di raggruppamento temporaneo già costituito, mandato collettivo speciale conferito alla mandataria; in caso di raggruppamento temporaneo non ancora costituito dichiarazione di impegno delle società raggruppate a costituire l'A.T.I. e a conferire mandato collettivo speciale ad una di esse e designazione alla mandataria;
- Eventuale altra documentazione relativa ad alcuni punti della presente dichiarazione;
- Attestazione del buon esito dei servizi resi ad altri soggetti nell'ambito della gestione dei servizi di assistenza in favore di disabili 2017 e 2018 o eventuale autocertificazione;
- Copia statuto o atto costitutivo;
- Copia CCNL, dei contratti integrativi e del regolamento interno applicato ai propri dipendenti;
- Copia Carta dei Servizi;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa all'identificazione del conto corrente dedicato, anche in via non esclusiva, al servizio di cui sopra, (Legge 136/2010 - Tracciabilità dei flussi finanziari).

Luogo e data, _____

Timbro e firma _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE