

ALL. "A"

ALL'AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

COMUNE CAPOFILA LOCRI

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE
A FAVORE DEI CITTADINI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI
DELL'AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente in _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante/ procuratore della Ditta _____

con sede legale a _____ in Via _____ n. ____

con sede operativa a _____ in Via _____ n. ____

Cod. Fisc. _____ P. IVA _____

N.Telefono _____ N.Fax _____

E-mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere accreditato per la fornitura del servizio di Trasporto Sociale a favore dei cittadini residenti nei comuni dell'Ambito Territoriale di Locri in condizione di non autosufficienza per disabilità grave certificata.

L'accREDITAMENTO viene richiesto:

- ☐ come singola impresa
- ☐ come consorzio
- ☐ come raggruppamento temporaneo con i seguenti soggetti:

- _____
- _____

Capogruppo _____

Sede Legale a _____ Via _____ N. _____

Mandante _____

Sede Legale a _____ Via _____ N. _____

Mandante _____

Sede Legale a _____ Via _____ N. _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità ad ogni effetto di legge,

DICHIARA:

- ☐ di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente, in ogni sua parte ed elaborato, il contenuto dell'Avviso pubblico, dell'iter procedimentale dell'accreditamento nonché del Disciplinare di gestione allegato allo stesso Avviso;
- ☐ di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 80 del D.Lgs. n.50/2016;
- ☐ di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura, competente per territorio (precisare estremi di iscrizione) n. _____ del _____, per la specifica attività oggetto dell'accreditamento;
- ☐ (per le Cooperative) di essere regolarmente iscritto all'Albo delle Società Cooperative (precisare estremi di iscrizione) _____ e **(solo per le Cooperative Sociali)** di essere regolarmente iscritto al relativo Albo Regionale (precisare estremi di iscrizione) _____;
- ☐ di aver previsto che nell'atto costitutivo e/o nello statuto sia contenuto, nell'oggetto sociale, lo svolgimento del servizio di trasporto in favore di persone non autosufficienti;
- ☐ di essere nelle condizioni di poter garantire lo svolgimento delle attività di trasporto sociale rivolto a persone con disabilità in ragione del numero dei mezzi adeguati al trasporto e della disponibilità di personale in possesso di titolo di guida adeguato;
- ☐ di avere esperienza di almeno un anno (12 mesi), alla data di presentazione della domanda, nel settore del trasporto sociale rivolto a disabili;
- ☐ di disporre di personale da impiegare nel servizio in possesso di formazione, qualificazione ed esperienza professionale idonea al servizio di cui;
- ☐ di osservare di tutte le disposizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e tutte le disposizioni di legge relativamente ai trattamenti economici e previdenziali dei contratti collettivi del personale impiegato nel servizio;
- ☐ di disporre di idonea sede associativa operativa presso la quale custodire tutta la documentazione inerente l'attività di trasporto compresi i documenti relativi ai mezzi a ciò destinati e all'attività stessa;

- ☐ di avere in uso la Carta dei Servizi con indicazione di tutti gli estremi previsti dalla specifica normativa;
- ☐ di garantire la pronta disponibilità, al momento dell'attivazione delle prestazioni, dei mezzi e del personale necessari;
- ☐ di rispettare gli obblighi connessi alle norme in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori nei luoghi di lavoro, agli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci;
- ☐ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (se non dovuto produrre apposita dichiarazione);
- ☐ di essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali (DURC);
- ☐ che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi è la seguente: _____
- ☐ di rispettare le norme in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 2016/679;
- ☐ di applicare integralmente, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e, se Cooperative, anche nei confronti dei soci, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale;
- ☐ che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011.
- ☐ che la propria organizzazione non ha affidato incarichi in violazione dell'art. 53, c. 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001.
- ☐ di possedere i requisiti di esperienza, solidità e capacità organizzativa-gestionale e gli standard di qualità richiesti dall'Avviso pubblico;
- ☐ di impegnarsi ad erogare tutti i servizi oggetto di accreditamento a favore dei soggetti aventi diritto e residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale su cui sarà accreditato;
- ☐ di impegnarsi a fornire gli interventi al costo indicato nell'avviso di accreditamento;
- ☐ che il proprio codice IBAN è il seguente (in caso di raggruppamento temporaneo indicare il codice IBAN del raggruppamento costituito): _____

Allega al riguardo la seguente documentazione:

- Copia Atto Costitutivo e Statuto;
- Carta dei Servizi;
- Curriculum vitae

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente bando di accreditamento sia comunicata al seguente indirizzo pec: _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/PROCURATORE

Data _____ Firma _____

(Le dichiarazioni di cui sopra devono recare la sottoscrizione autenticata, oppure nel rispetto della normativa vigente, recare la sottoscrizione semplice accompagnata dalla fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante – ex D.P.R. n. 445/2000)

N.B. In caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese la sottoscrizione deve essere resa dai legali rappresentati di tutti i soggetti raggruppati).