

All. "B" Dichiarazione sostitutiva

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI degli art. 46 e 47 DEL D.P.R. N° 445 DEL 28 DICEMBRE 2000 e dell'art. 15 della legge 12/11/2011, nr. 183, allegata all'istanza di accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale per l'erogazione del servizio domiciliare anziani mediante rilascio voucher direttamente all'utente.

Al Comune di Agrigento- Capofila del Distretto socio – sanitario D1 Settore IV “area servizi sociali”
Piazza Pirandello n. 1

OGGETTO: Accreditamento organismi sociali ed enti no profit per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari per disabili gravissimi mediante voucher sociale. D.D. 2808 del 18/12/2014

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ Residente in _____ Cap. _____
Via _____ in qualità di: _____
dell'Istituzione assistenziale....., iscritta al nr.....dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 della sezione “.....” tipologia “assistenza domiciliare” con decreto di iscrizione nr..... del.....CF/ _____ con sede legale in _____ Via _____ Città _____
Cap. _____ Cod. Fiscale e/o _____
P.IVA _____ Posizione INPS.....Posizione _____
INAIL.....tel.....fax.....e mail.....

In applicazione degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della legge 183/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

In base a quanto indicato nell'avviso pubblico:

DICHIARA

1/a.- Che le proprie generalità, nella qualità di Legale Rappresentante dell'Istituzione Assistenziale so denominata sono le seguenti:

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

1/b. – Che le altre persone con potere di Rappresentanza, attualmente in carica sono:(specificare la carica ricoperta)

-Cognome _____ Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

-Cognome _____ Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

1/c. Che le persone con potere di Rappresentanza, cessate dalla carica nel triennio antecedente la presentazione dell'istanza sono:(specificare la carica ricoperta):

-Cognome _____ Nome _____ nato

a _____ il _____

CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

Cognome _____ Nome _____ nato

a _____ il _____

CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____ con scadenza il:

1/d).di non avere soci e/o dipendenti che fanno parte di altro organismo con le medesime finalità, che ha presentato istanza di accreditamento e che non si trovi in altra situazione di collegamento di tipo sostanziale ad un unico centro decisionale.

ovvero in alternativa

- 2/l) è consapevole che l'Amministrazione comunale con l'accreditamento non si impegna alla successiva consegna del servizio, non garantendo alcun minimo di fruitori del servizio, essendo rimessa al cittadino la scelta dell'ente gestore da cui farsi assistere, tra quelli iscritti nell'Albo distrettuale.
- 2/m) è consapevole, altresì, che l'iscrizione nel predetto Albo non comporta alcun impegno fra la P.A. ed i singoli operatori impiegati dall'Ente accreditato per l'espletamento del servizio.
- 2/n) non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni conseguenti a gare affidate dai Comuni facenti parte del Distretto socio – sanitario.
- 2/o) è in grado di svolgere il servizio ed è disponibile ad iniziarlo immediatamente a seguito di scelta dell'utente e secondo il PAP consegnato dal servizio sociale di ciascun Comune d'ambito.
- 2/p) si impegna a consegnare al momento dell'eventuale sottoscrizione del patto di accreditamento, tutta la documentazione che sarà richiesta.
- 2/q) si impegna a comunicare con immediatezza qualsiasi variazione riguardante l'autorizzazione regionale, variazione di sede, variazione di standard ecc.

DICHIARA INOLTRE :

- l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 38) DLgs 163/2006 e s.m.i e di qualsiasi altra forma di esclusione da pubblici appalti e divieti a contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi della normativa vigente , nei confronti dell'Istituzione assistenziale e di tutte le persone fisiche sopra indicate.

ovvero in alternativa

In caso di sussistenza di uno dei motivi di esclusione di cui al predetto art. 38, o di altra forma di esclusione come sopra riportato, specificare dettagliatamente, allegando una ulteriore dichiarazione di responsabilità.

- di applicare i contratti collettivi di lavoro previsti per le categorie di personale impiegato nonché rispetta le norme assicurative e previdenziali vigenti e tutte le disposizioni in materia di prevenzione e protezione dai rischi nei confronti dei lavoratori o degli operatori incaricati per lo svolgimento del servizio in questione
- di liberare sin d'ora il Distretto socio - sanitario D1 ed i Comuni d'ambito, da qualsiasi responsabilità derivante da eventuali infortuni sul lavoro e/o ogni altro danno che potrebbe derivare dall'espletamento del servizio,
- che il Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato è:

.....

- che gli addetti per lo svolgimento del servizio, secondo lo standard stabilito dalla Regione sono :

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

in possesso di esperienza biennale ed opportuna formazione riferita alla tipologia dei soggetti da assistere;

- ❑ Il rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (DLgs 626/94) , nonché il rispetto di tutti gli adempimenti di legge ed degli obblighi in materia di sicurezza e di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci in caso di cooperative
- ❑ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili e di non essere assoggettabile agli obblighi di assunzione obbligatoria di cui alla legge n. 68/1999 in quanto occupa non più di 15 dipendenti, oppure da 15 a 35 dipendenti e non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;
ovvero in alternativa
- ❑ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili e di aver ottemperato alle norme di cui all'art. 17 della legge n. 68/1999 in quanto occupa più di 35 dipendenti, oppure occupa da 15 a 35 dipendenti ed ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;
- ❑ l'insussistenza delle condizioni di cui all'Art. 34) comma 2) DLgs 163/2006) mancanza di situazioni di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile . o di qualsiasi relazione anche di fatto, con nessun partecipante alla medesima procedurati accreditamento e che la propria istanza non è imputabile ad unico centro decisionale rispetto ad altre presentate;
ovvero in alternativa
- ❑ di essere in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile con il e di aver formulato autonomamente l'istanza di accreditamento ;

Inoltre,

**AI SENSI DELLA LEGGE 13 AGOSTO 2010, N. 136
SULL'OBBLIGO DI TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI,**

- 1) dichiara di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari. A tal fine si impegna:
 - a) ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A., dedicati alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari relativi alla gestione del servizio;
 - b) a comunicare al Comune di Agrigento gli estremi identificativi dei conti correnti di cui al punto precedente, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi, entro sette giorni dalla loro accensione;
 - c) di rispettare nel proprio rapporto con il personale impiegato nell'esecuzione del servizio, le disposizioni di legge che impongono il pagamento delle retribuzioni al personale esclusivamente a mezzo bonifico bancario (art. 2 legge regionale nr. 15 del 2008 contenenti misure di contrasto alla criminalità organizzata) nonché la normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari.
- 2) Dichiaro di essere a conoscenza che il Comune di Agrigento provvederà alla cancellazione dell'accreditamento e dell'iscrizione nell'Albo distrettuale e risolverà eventuali rapporti intrattenuti, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o delle società Poste Italiane S.p.A.
- 3) L'Istituzione assistenziale dichiara di essere consapevole che, ai fini di verificare l'applicazione delle norme contrattuali, il Comune di Agrigento capofila del Distretto potrà richiedere all'Istituzione assistenziale copia dei contratti di lavoro stipulati; impegnandosi fin d'ora a provvedere ad adempiere alla richiesta entro i termini che verranno dati.
- 4) di prendere atto che in caso di inesatte dichiarazioni, l'Amministrazione si riserva la facoltà di escludere l'Istituzione assistenziale dall'accreditamento e che potranno essere eseguiti controlli da parte degli uffici comunali diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato ed in caso di false o mendaci dichiarazioni di decadere dall'accreditamento e dall'iscrizione all'Albo distrettuale, con informativa alle autorità competenti.

5) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici ai fini dello svolgimento del procedimento e per fini statistici ai sensi del D.Lgs. del 30/06/2002 n. 196 e s.m.i e della vigente normativa e che potranno essere comunicati alle Amministrazioni che esercitano funzioni in materia di appalti pubblici ai sensi del D.Lgs n 163/2006 nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data

Firma

.....

(ALLEGARE A PENA DI NON AMMISSIBILITÀ LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE.

N.B. LE CASELLE NON BARRATE VERRANNO CONSIDERATE COME DICHIARAZIONI NON EFFETTUATE.