

COMUNE DI POLICORO ENTE CAPOFILA AMBITO SOCIO TERRITORIALE
“METAPONTINO-COLLINA MATERANA”
UFFICIO DI PIANO - PIAZZA ALDO MORO, 75025 -POLICORO (MT)

OGGETTO: PROGETTO “HOME CARE PREMIUM 2022” DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLO “*ALBO DEI FORNITORI HCP 2022*” PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Provincia _____
il _____ documento di identità _____ n. _____

in qualità di _____ del/ della _____

denominazione _____ forma giuridica _____

con sede legale a _____ indirizzo _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

PEC _____ Partita IVA _____

Codice fiscale _____

Iscritto nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato
di _____ al n. _____ del _____
per il settore _____

Iscritto all’Albo delle Società Cooperative al n. _____ del _____ Sez. _____

Presa visione dell’Avviso Pubblico di cui all’oggetto, manifestando con la sottoscrizione della presente, l’interesse all’erogazione delle prestazioni integrative di cui trattasi

CHIEDE

di esseri inserito nell’ ALBO DEI FORNITORI HCP 2022 di prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2022”, promosso dall’INPS al quale il Comune di Policoro, Capofila Ambito Metapontino-Collina materana, ha aderito quale Soggetto proponente, per la fornitura delle seguenti prestazioni*

(*indicare le prestazioni per le quali si intende essere iscritti all’Albo dei fornitori HCP 2022, di cui all’avviso pubblico per il quale si partecipa):

A) _____

B) _____

A tal fine, consapevole delle pene stabilite ai sensi degli art 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 con espresso riferimento al soggetto che rappresenta, delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

DICHIARA

- a. di essere iscritto al Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato per il settore di competenza pei' le forniture suddette precisando il numero e la data di iscrizione, durata e forma giuridica della ditta, il nominativo della persona a cui spetta la rappresentanza legale e i poteri conferiti a detta persona;
- b. di essere iscritto all'Albo delle Società Cooperative istituito con Decreto 24.06.2004 del Ministero delle Attività Produttive, precisando il numero, data e sezione di iscrizione (se trattasi di Società Cooperative);
- c. che nei confronti del titolare o legale rappresentante e dei componenti degli organi di amministrazione, non sono state emesse sentenze di alcuna condanna passata in giudicato per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale o, comunque, per delitti finanziari e che nulla risulta a carico degli stessi soggetti nel casellario giudiziario;
- d. di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione o situazioni equivalenti e inesistenza di domande pendenti di concordato e/o di amministrazione controllata;
- e. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
- f. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, e delle tasse;
- g. di non avere pendenti, a carico del legale rappresentante, degli amministratori e dei loro familiari, procedimenti per i reati previsti dall'art. 416 bis del Codice Penale (associazioni di tipo mafioso, ex art. 1 della Legge n. 646/82, art. 85 D.Lgs. 159/2011) C che gli stessi non sono stati condannati per taluno di essi;
- h. di essere in regola con la disciplina in materia di sicurezza ai sensi del D. Lgs. 81/08;
- i. di rispettare, nei confronti dei propri dipendenti, i vigenti C.C.N.L. ed i contratti integrativi di categoria di riferimento.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di essere consapevole del costo dei servizi, indicati nell'avviso e di accettare senza riserve che, per quanto attiene ai pagamenti delle prestazioni integrative in favore dei fornitori, gli stessi sono subordinati alla validazione periodica da parte dell'Inps della rendicontazione della spesa presentata dal Comune, oltre che all'effettivo trasferimento delle relative risorse finanziarie.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Ente al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. ri.196/2003, art.13 e, in caso di riconosciuta idoneità, alla loro pubblicazione nel Registro per la pubblica consultazione.

Si allega alla presente

1. Copia leggibile della carta di identità del legale rappresentante della Ditta /Cooperativa Sociale/ Esercizio Commerciale abilitato alla vendita di supporti sanitari o documento di riconoscimento equipollente per legge, in corso di validità.
2. Copia dell'atto Costitutivo, dello statuto e del Curriculum (se trattasi di Cooperativa Sociale).

Policoro, _____

Firma