

Domanda di Accreditamento

per lo svolgimento del servizio di assistenza all'autonomia
a favore studenti con disabilità ,degli istituti secondari superiori di secondo grado, residenti nel
territorio della Città Metropolitana di Palermo , per il periodo dal 14/09/2017 al 09/06/2018 e
compreso gli esami di Stato 2018

Spett/le Città Metropolitana di palermo
Direzione Politiche Sociali
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili,
Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo
Via Maqueda n. 100
Palermo

Il/la 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

Visto l'Avviso Pubblico per l'accREDITamento di soggetti qualificati all'erogazione del Servizio di
assistenza all'autonomia in favore di studenti con disabilità degli istituti secondari superiori di
secondo grado, residenti nel territorio della Città Metropolitana di Palermo

CHIEDE

l'AccREDITamento della (Cooperativa/Impresa/Ente/Azienda)

.....

per lo svolgimento del servizio di **assistenza all'autonomia** in favore di studenti con disabilità
degli istituti secondari superiori di secondo grado, residenti nel territorio della Città Metropolitana
di Palermo per l'ambito territoriale n.; per l'ambito territoriale n.....; per l'ambito territoriale
n.....; per l'ambito territoriale n.....

per lo svolgimento del servizio di **assistenza alla comunicazione** in favore di studenti con
disabilità sensoriale degli istituti secondari superiori di secondo grado, residenti nel territorio della
Città Metropolitana di Palermo per l'ambito territoriale A.; per l'ambito territoriale B.....

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;

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, 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 2016 e 2017) servizi oggetto dell'avviso di accreditamento per un valore complessivo nel triennio non inferiore a € 450.000,00;
- che gli operatori che verranno destinati al servizio di assistenza all'autonomia e/o alla comunicazione 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 all'autonomia e/o alla comunicazione, avendo svolto negli anni 2016 e 2017 i seguenti servizi per un importo non inferiore a € 450.000,00 nel triennio :

SERVIZIO	SVOLTO DAL AL	DESTINATARIO	IMPORTO ANNUALE SERVIZIO (IVA ESCLUSA)

- di disporre di un coordinatore del Servizio in possesso di un'esperienza biennale (alla data di scadenza dell'avviso) di coordinamento di servizi di assistenza all'autonomia e/o alla comunicazione, avendo svolto nel periodo le seguenti esperienze di coordinamento (specificare il tipo di servizi coordinati e la durata per ognuno dell'attività di coordinamento svolta)
- di impegnarsi ad avere disposizione, entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuto accreditamento, una propria sede sul territorio della Città Metropolitana di Palermo, 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 10 giorni dal ricevimento della comunicazione di accREDITamento e iscrizione all'Albo, 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 € 2.000.000,00.

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:

○ **Nome Impresa/Cooperativa**

_____ indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____;

○ **Nome Impresa/Cooperativa**

_____ indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____;

○ **Nome Impresa/Cooperativa**

_____ indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____;

○ **Nome Impresa/Cooperativa**

_____ indicare percentuale del servizio svolto singolarmente _____.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INFINE

□a fornire il Servizio di assistenza all'autonomia a favore di studenti con disabilità , frequentanti gli istituti secondari di secondo grado e residente nel territorio della Città metropolitana di Palermo per il periodo 14.09.2017/09.06.2018 , compresi gli esami di Stato 2018, ad un costo orario di € 20,27 più Iva, se dovuta, nella misura del 5% (in cifre) .

□a fornire il Servizio di assistenza alla comunicazione in favore di studenti con disabilità sensoriale, frequentanti gli istituti secondari di secondo grado e residente nel territorio della Città metropolitana di Palermo per il periodo 14.09.2017/09.06.2018 , compresi gli esami di Stato 2018, ad un costo orario di € 17,94 più Iva, se dovuta, nella misura del 5% (in cifre) .

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 del disciplinare** completo di tutti gli allegati, debitamente timbrato e firmato 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, ciascuna Impresa/Cooperativa facente parte del raggruppamento dovrà sottoscrivere **la medesima copia del disciplinare.**

- **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 all'autonomia in favore di studenti con disabilità 2016 e 2017;

- **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
