

Allegato A- Scheda Domanda

**AI COMUNE DI RIBERA-  
Capofila del Distretto Socio Sanitario D6  
ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI**

**Oggetto:** Domanda per l'inserimento nell'Albo Distrettuale dei soggetti accreditati per l'acquisto di prestazioni socio- sanitarie a carattere domiciliare con voucher di servizio nel territorio del Distretto Socio Sanitario D6

SEZIONE: \_\_\_\_\_ Anziani – Disabili – Minori- (indicare la tipologia)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome),  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nella qualità di legale rappresentante:

\_\_\_\_\_  
(Denominazione):

Avente sede legale e operativa nel Distretto D6 comune di \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'inserimento nella lista di accreditamento nell'Albo Distrettuale dei soggetti accreditati per l'acquisto di prestazioni socio- sanitarie a carattere domiciliare con voucher di servizio nel territorio del Distretto Socio Sanitario D6.

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni,

**DICHIARA**

1. Che la cooperativa è iscritta all'Albo Regionale ex art. 26 della Legge Regionale n. 22/86, nella Sezione \_\_\_\_\_  
Tipologia \_\_\_\_\_;
2. Che la cooperativa è iscritta al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_;
3. che \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_ dell'impresa \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_ la seguente: \_\_\_\_\_;
4. che \_\_\_\_\_ l'attività \_\_\_\_\_ esercitata, \_\_\_\_\_ inerente \_\_\_\_\_ l'oggetto, \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_ la seguente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

5. Che il soggetto ha sede legale e operativa nel territorio del Distretto D6 ;
6. di essere nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e di non trovarsi pertanto in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione di attività;
7. l'inesistenza di una della cause di decadenza, di divieto e di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31/05/1965 n. 575 e successive modifiche;
8. di essere in possesso dell'Attestazione di revisione, ovvero della Certificazione di revisione, ai sensi del D. Lgs. 220/2002 e del Decreto 6/12/2004 del Ministero Attività Produttive in tema di vigilanza sugli enti cooperativi dell'Assessorato Regionale alla Cooperazione – Servizio Vigilanza Cooperative, valido per l'anno in corso;
9. di essere iscritta all'Albo Nazionale delle società cooperative istituito con D.M. 23/06/2004 c/o la C.C.I.A.A., con il seguente numero: \_\_\_\_\_;
10. di rispettare nei confronti dei propri soci, dipendenti e/o collaboratori, il CCNL di settore, secondo le normative vigenti in materia;
11. di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, di cui alla Legge n. 68/1999, ossia di essere/non essere soggetto alle norme sul diritto al lavoro dei disabili, di cui all'art. 17 della L. 68/99 perché il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità ;
12. di rispettare gli adempimenti inerenti gli obblighi sulla sicurezza previsti dalla normativa vigente ed obblighi nei riguardi di tutto il personale impiegato in tema di prevenzione infortuni, salute e igiene del lavoro;
13. di non trovarsi in una delle cause di esclusione di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/2006 e ss. mm. ii., nei confronti del legale rappresentante e di altri soggetti che ricoprono cariche sociali ovvero l'indicazione di eventuali condanne per le quali il dichiarante abbia beneficiato della non menzione;
14. Assenza nell'ultimo quinquennio di interruzioni di servizi in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili;
15. Assenza di cancellazione/radiazione dall'Albo dei soggetti accreditati per qualsiasi tipo di servizio a seguito di accertata carenza dei requisiti, non previamente comunicati dal soggetto accreditato, o per inadempienze contrattuali;
16. Rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. N. 196 del 30/06/2003 e successive modifiche ed integrazioni);
17. di essere iscritto all'INPS con il seguente numero di matricola aziendale \_\_\_\_\_;
18. di essere iscritto all'INAIL con il seguente numero di posizione \_\_\_\_\_;
19. di essere in regola con i versamenti dei contributi previdenziali, assistenziali ed INAIL.
20. di essere disponibile ad eseguire le prestazioni richieste per l'espletamento delle attività inerenti l'avviso.
21. di accettare lo schema del Patto di Accreditamento
22. di essere consapevole che l'avvenuto accreditamento non comporta automaticamente la possibilità di erogare le prestazioni, bensì l'iscrizione nell'elenco dei soggetti accreditati fra i quali il cittadino avente diritto ai servizi potrà effettuare la scelta.

\_\_\_\_\_  
(luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Il legale rappresentante)

Il sottoscritto autorizza, nei limiti consentiti dalle norme sulla tutela della privacy e per le finalità connesse al procedimento di cui alla presente domanda, il trattamento dei dati personali.

\_\_\_\_\_  
(luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Il legale rappresentante)