

# Domanda di Accredитamento

AL COMUNE DI MORTARA

*per l'ammissione all'Elenco Unico dei soggetti accreditati per il servizio di assistenza socio-assistenziali rivolti a minori diversamente abili residenti nel Comune di Mortara frequentanti Asilo Nido o Scuole fino al termine della Scuola Media Inferiore e per servizio di pre e post scuola.*

**Presentata da:**

_____.
--------

## REFERENTE PER LA PROCEDURA

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO AL QUALE INVIARE LA CORRISPONDENZA:

\_\_\_\_\_

N. TEL. \_\_\_\_\_ N. FAX \_\_\_\_\_

N. CELL. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

**NOTA:** per la compilazione si fa rinvio alle note di cui all'allegato "Note per la compilazione".

IL SOTTOSCRITTO

NATO A IL

IN QUALITA' DI (*carica sociale*)\_

DELLA SOCIETA' (*denominazione e ragione sociale*) \_

SEDE LEGALE

SEDE OPERATIVA \_

NUMERO DI TELEFONO \_ \_ N. FAX \_ \_

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

### **CHIEDE**

1) DI PARTECIPARE ALLA PRESENTE PROCEDURA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO UNICO DEI SOGGETTI ACCREDITATI AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIO-ASSISTENZIALI RIVOLTI A MINORI DIVERSAMENTE ABILI RESIDENTI NEL COMUNE DI MORTARA FREQUENTANTI ASILO NIDO O SCUOLE FINO AL TERMINE DELLA SCUOLA MEDIA INFERIORE E PER SERVIZIO DI PRE E POST SCUOLA.

3) DI PARTECIPARE ALLA PRESENTE PROCEDURA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI SOGGETTI ACCREDITATI

a) SINGOLARMENTE

b) COME MEMBRO DEL RAGGRUPPAMENTO TEMPORANEO DI IMPRESE/ ORGANISMI/A.T.I./A.T.S. FORMATO DA:

*DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE*

*FORMA GIURIDICA*

*SEDE LEGALE*

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_

E CHE L'IMPRESA/ORGANISMO CAPOGRUPPO E'

\_\_\_\_\_

## **DICHIARA**

**Consapevole della responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 – 47 e 48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,**

❖  che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura della Provincia di \_\_\_\_\_, per le seguenti attività:

– Iscrizione n. \_\_\_\_\_ - data iscrizione \_\_\_\_\_  
– Oggetto sociale/attività \_\_\_\_\_

- forma giuridica \_\_\_\_\_
- le persone delegate a rappresentare legalmente l'impresa oltre al dichiarante sono (indicare per le imprese individuali il nominativo del Titolare e del Direttore Tecnico, per le società in nome collettivo il nominativo dei Soci e del Direttore Tecnico; per le società in accomandita semplice il nominativo dei Soci Accomandatari e del Direttore Tecnico; per ogni altro tipo di Società o di Consorzio il nominativo degli Amministratori muniti del potere di rappresentanza e del Direttore Tecnico):

1. nominativo \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
2. nominativo \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
3. nominativo \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

N.B. per ciascun nominativo che verrà indicato, dovrà essere redatto e sottoscritto, dalla stessa persona indicata, l'apposito modello "DICH/LR".

❖  iscrizione nell'apposito Albo pubblico delle cooperative sociali:

- Iscrizione n. \_\_\_\_\_ - data iscrizione \_\_\_\_\_
- Altre informazioni (eventuali) \_\_\_\_\_

❖  iscrizione negli Albi di riferimento (regionali o Provinciali) delle Associazioni:

- Iscrizione n. \_\_\_\_\_ - data iscrizione \_\_\_\_\_
- Altre informazioni (eventuali) \_\_\_\_\_

❖  insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del decreto legislativo n. 50/2016 e smi;

❖  insussistenza cause divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del Dlgs. 159/2011 e smi.

❖ rispetto del CCNL di riferimento, rispetto della normativa vigente in materia di rapporto di lavoro, rispetto degli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali a favore dei propri lavoratori, rispetto degli obblighi relativi ai pagamenti delle imposte e delle tasse;  
Dichiara inoltre i seguenti riferimenti INPS e INAIL (*propri e delle eventuali mandanti*):

**INPS**

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.		Matricola Azienda

**INAIL**

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	Cod. Società	P.A.T.

**Ovvero**, in ragione della natura giuridica del soggetto concorrente, di essere iscritto al seguente ente previdenziale/istituto assicurativo

**ALTRO ENTE PREVIDENZIALE**

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	Cod. Società	P.A.T./Codice matricola

**Ovvero** di non essere iscritto a nessun Ente per le seguenti motivazioni

\_\_\_\_\_

❖ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili poiché:

- ha ottemperato al disposto della L. 68/99 art. 17 in quanto con organico oltre i 35 dipendenti o con organico da 15 a 35 dipendenti che ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000;

**Oppure**

- non è assoggettabile agli obblighi derivanti dalla L. 68/99 in quanto con organico fino a 15 dipendenti o con organico da 15 a 35 dipendenti che non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000.

Ufficio Provinciale	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	Cod. Società	Note

- di non essersi avvalsi dei piani individuali di emersione di cui all'art. 1 bis – comma 14 – della Legge 18/10/2001 n.383, sostituito dall'art.1 della Legge 22/11/2002 n.266.

**Oppure**

- di **essersi avvalsi dei piani individuali di emersione** di cui all'art. 1 bis – comma 14 – della Legge 18/10/2001 n.383, sostituito dall'art.1 della Legge 22/11/2002 n.266 **ma che il periodo di emersione si è concluso.**
- ❖  che al richiedente non è stata erogata alcuna delle sanzioni o delle misure cautelari di cui al D. Lgs. 231/2001 e successive modifiche/integrazioni che gli impediscano di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni;
- ❖  l'insussistenza di rapporti di controllo e collegamento ai sensi dell'art. 2359 Cod. Civ. con altre imprese richiedenti l'inserimento nell'elenco, nonché l'inesistenza di forme di collegamento sostanziale, quali ad esempio, la comunanza con altre imprese concorrenti, del Legale Rappresentante Titolare/Amministratore/Soci/Procuratore, con poteri di rappresentanza.

**Oppure**

- che sussistono rapporti di controllo con

**DICHIARA ALTRESI'**

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dal bando di accreditamento;
2. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nel bando di accreditamento;
3. l'assenza, nei 30 mesi precedenti la domanda di accreditamento, di interruzione di servizi socio educativi e socio assistenziali in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili;
4. l'impegno a ricollocare gli operatori, già impiegati nelle stesse attività dal precedente gestore del servizio, nell'anno precedente, per la continuità sullo stesso caso;
5. la presenza di figure professionali competenti e loro adeguato inquadramento contrattuale;
6. debito informativo: impegno del rispetto di modalità e scadenze stabilite per l'invio della documentazione relativa al servizio;
7. elaborazione annuale del grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e loro trasmissione al Comune di Mortara;
8. disponibilità alla reperibilità di personale di coordinamento da lunedì a sabato compresi, in orario compatibile con quello di organizzazione delle attività scolastiche.
9. di essere a conoscenza che i requisiti autodichiarati rappresentano elementi essenziali di qualità attesa del servizio oggetto del presente bando, richiesti ai soggetti che intendono accreditarsi. La mancanza dei requisiti autocertificati in fase di accreditamento e valutati in base all'attività, costituirà motivo di decadenza dell'accredimento;
10. di essere a conoscenza che quanto dichiarato ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. 445/2000, potrà essere oggetto dei controlli effettuati dal Comune di Mortara ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R.;
11. di non essere soggetto di altra ATI/ATS o Consorzio partecipante alla procedura in oggetto;
12. di autorizzare la Pubblica Amministrazione accreditante all'utilizzo del fax per l'invio di ogni comunicazione inerente la procedura di accreditamento,
13.  in caso di accesso agli atti – ai sensi della L. 241/90 – da parte di altri di richiedenti l'iscrizione all'elenco, di autorizzare il Comune a rilasciare copia di tutta la documentazione presentata per l'Iscrizione all'Elenco dei soggetti accreditati

**Oppure:**

- di non autorizzare l'accesso alla documentazione o a parte di essa per i seguenti motivi:

14. di presentare, su richiesta del Comune in qualsiasi momento del periodo di accreditamento, copia di tutti i documenti atti a verificare la corretta corresponsione dei salari, nonché dei versamenti contributivi;
15. di impegnarsi a stipulare apposita polizza assicurativa RC per i rischi di responsabilità civile verso terzi, conforme a quanto previsto all'articolo 12 dei requisiti dell'Avviso pubblico di Accreditamento;
16. di essere in possesso di tutte le autorizzazioni richieste dalla legge e previste dalla normativa vigente
17. ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari (L. 136/2008), di essere a conoscenza che tutti i movimenti finanziari relativi al presente accreditamento, dovranno essere registrati su un conto corrente dedicato ed effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario e postale. La comunicazione dell'apertura di uno o più conti correnti bancari o postali dedicati, anche non in via esclusiva, dovrà essere fatta dall'impresa al Comune di Mortara entro sette giorni dalla accensione del conto, specificando nome e codice fiscale dei soggetti che sono abilitati ad operare. Al presente accreditamento è applicabile la "clausola risolutiva espressa" da attivarsi nel caso in cui la transazione sia stata eseguita comunque senza avvalersi di banche o della Società Poste Italiane SpA (art. 3, comma 8, L. 136/2010). L'inosservanza di tali disposizioni determinerà le sanzioni previste dall'art. della L. 136/2010.

#### **CAPACITA' ECONOMICA E FINANZIARIA art. 12 - Requisiti per l'accreditamento**

##### **VOLUME D'AFFARI :**

<b>ESERCIZI FINANZIARI</b>	<b>VOLUME AFFARI</b>
2015	
2016	
2017	

❖ *(barrare l'ipotesi che interessa)*

- in quanto **impresa singola / Consorzio di Cooperative / Consorzio Stabile**, ha realizzato almeno il volume d'affari dell'importo, IVA esclusa, prescritto **dall'art. 12 - dei Requisiti** dell'Avviso Pubblico per l'Accreditamento nel corso dei tre esercizi finanziari individuati al medesimo punto;
- in quanto **capogruppo o consorziata equiparata di ATI o Consorzi di Imprese o ATS**: di essere in possesso di un volume d'affari maturato negli esercizi finanziari precisati nell'Avviso Pubblico di Accreditamento al medesimo punto, dell'importo, IVA esclusa,
- in quanto **mandante o consorziata equiparata di ATI o Consorzi di Imprese o ATS**: di essere in possesso di un volume d'affari maturato negli esercizi finanziari precisati nell'Avviso Pubblico al medesimo punto dell'importo, IVA esclusa
- in quanto (altro....)

##### **INDICAZIONI BANCARIE:**

- Istituto di Credito \_\_\_ \_\_\_ agenzia di \_\_\_ \_\_\_

## **CAPACITA' PROFESSIONALE (articolo 12 Requisiti per l'Accreditamento)**

**- Ditta/Ente: (indicare nome completo -anche nome uffici e Responsabili della referenza indicata)**

Via/Piazza:

Cap            Città:

Telefono:        - fax            - mail

**DESCRIZIONE DEL SERVIZIO indicare con chiarezza oggetto contratto)**

**PERIODO CONTRATTUALE (inserire mese/anno di inizio e termine)**

**- Ditta/Ente: (indicare nome completo -anche nome uffici e Responsabili della referenza indicata)**

Via/Piazza:

Cap            Città:

Telefono:        - fax            - mail

**DESCRIZIONE DEL SERVIZIO indicare con chiarezza oggetto contratto)**

**PERIODO CONTRATTUALE (inserire mese/anno di inizio e termine)**

**- Ditta/Ente: (indicare nome completo -anche nome uffici e Responsabili della referenza indicata)**

Via/Piazza:

Cap            Città:

Telefono:        - fax            - mail

**DESCRIZIONE DEL SERVIZIO indicare con chiarezza oggetto contratto)**

**PERIODO CONTRATTUALE (inserire mese/anno di inizio e termine)**

**NOTA: In caso di necessità è possibile aggiungere altre tabelle per la dimostrazione del possesso del requisito**

Si allega:

CARTA DEI SERVIZI - contenente le modalità di erogazione del servizio di cui all'accREDITAMENTO, le tipologie di prestazioni assicurate, eventuali risorse che possono concorrere al miglioramento della qualità del servizio (a titolo di esempio trasporto scolastico alunni disabili o accompagnamento alle terapie post scuola), i processi di verifica della "customer satisfaction" .

STATUTO COSTITUTIVO.

RELAZIONE sull'organizzazione del servizio di assistenza scolastica.

DURC – Documento unico di regolarità contributiva in corso di validità.

COPIA DELLA POLIZZA ASSICURATIVA

DATA \_\_\_\_

TIMBRO DELLA SOCIETA' E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

---

**N.B. Alla suddetta dichiarazione si allega copia fotostatica del documento di identità del soggetto firmatario (Carta d'Identità/Patente di guida rilasciata dal Prefetto/Passaporto).**

**N.B. Ogni pagina del presente modulo dovrà essere corredata di timbro della società e firma del legale rappresentante.**

**N.B. Nel caso di non autorizzazione all'utilizzo del fax per l'invio ogni comunicazione inerente alla gara si dovrà barrare la dichiarazione.**



# DICHIARAZIONI LEGALI RAPPRESENTANTI SOCIETA'

Modulo per Dichiarazioni di idoneità morale da compilarsi da parte di ciascun Legale Rappresentante/Procuratore speciale dell'impresa

## OGGETTO

*Domanda di partecipazione per l'ammissione all'Elenco Unico dei soggetti accreditati per il servizio di assistenza socio-assistenziali rivolti a minori diversamente abili residenti nel Comune di Mortara frequentanti Asilo Nido o Scuole fino al termine della Scuola Media Inferiore e per servizio di pre e post scuola.*

IL SOTTOSCRITTO \_\_ \_\_ NATO A \_\_ \_\_ IL \_\_ \_\_  
 IN QUALITA' DI (carica sociale) \_\_ \_\_  
 DELLA SOCIETA'/ORGANISMO (denominazione e ragione sociale) \_\_ \_\_

## DICHIARO,

*consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445*

CHE I FATTI, STATI E QUALITA' RIPORTATI NEI SUCCESSIVI PARAGRAFI CORRISPONDONO A VERITA'

- φ  l'insussistenza di sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale, o per delitti finanziari
- φ  di avere subito condanne relativamente a: \_\_ \_\_  
 ai sensi dell'art. \_\_ \_\_ del C.P.P. \_\_ \_\_  
 nell'anno \_\_ \_\_ e di aver \_\_ \_\_  
 (indicare se patteggiato, estinto, o altro)
- φ  che nell'esercizio della propria attività professionale non ho commesso errori gravi, accertati con qualsiasi mezzo di prova addotto dall'Amministrazione aggiudicatrice ;
- φ  di non essersi reso gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire informazioni;

DATA \_\_ \_\_

TIMBRO DELLA SOCIETA' E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

---

**N.B.** Dovrà essere presentato un modello DICH/LR, per ogni Legale rappresentante della società/A.T.I./A.T.S. ad eccezione del Legale Rappresentante sottoscrittore del modello Domanda di Accreditamento. Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del soggetto firmatario (Carta d'Identità/Patente di guida rilasciata dal Prefetto/Passaporto).

**OGGETTO**

***Domanda di partecipazione per l'ammissione all'Elenco Unico dei soggetti accreditati per il servizio di assistenza socio-assistenziali rivolti a minori diversamente abili residenti nel Comune di Mortara frequentanti Asilo Nido o Scuole fino al termine della Scuola Media Inferiore e per servizio di pre e post scuola.***

dell'Associazione temporanea d'Impresa (ATI) \_\_\_\_\_

dell'Associazione temporanea di Scopo (ATS) ) \_\_\_\_\_

costituita dalle seguenti società:

1. **Capogruppo (o consorziata equivalente)** \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

I sottoscritti

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di *(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Ai fini della partecipazione all'accREDITamento di cui all'oggetto, visti tutti gli atti,

**DICHIARANO congiuntamente di partecipare come segue**

Denominazione ditta	Descrizione delle prestazioni	% esecuzione prestazione
Capogruppo o consorziata equiparata		
Mandante /esecutrice 1		
Mandante /esecutrice 2		
<b>Totale</b>		<b>100%</b>

**N.B.** E' possibile aggiungere altre righe nel caso in cui negli elenchi dovessero essere inserite le denominazioni di ulteriori società.

Società		Legale Rappresentante		firma
—	—	—	—	_____
—	—	—	—	_____
—	—	—	—	_____
—	—	—	—	_____

N.B. Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità di ciascun soggetto firmatario (Carta d'Identità/Patente di guida rilasciata dal Prefetto/Passaporto)

**OGGETTO**

***Domanda di partecipazione per l'ammissione all'Elenco Unico dei soggetti accreditati per il servizio di assistenza socio-assistenziali rivolti a minori diversamente abili residenti nel Comune di Mortara frequentanti Asilo Nido o Scuole fino al termine della Scuola Media Inferiore e per servizio di pre e post scuola.***

Presentata dal Consorzio di Cooperative \_\_\_\_

**Oppure**

Presentata dal Consorzio Stabile \_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_ nato a \_\_\_\_ il \_\_\_\_ in qualità di (*indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura*) \_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_ sede operativa \_\_\_\_

numero di telefono \_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_

Codice Fiscale \_ \_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_

Ai fini della partecipazione  
all'accREDITamento indicato in oggetto  
**INDICANO quali esecutrici dei servizi le seguenti società**

<b>Denominazione ditta</b>	<b>Sede Legale</b>	<b>Sede Operativa</b>

DATA \_\_\_\_

TIMBRO DELLA SOCIETA' E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

N.B. Alla suddetta dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del soggetto firmatario (Carta d'Identità/Patente di guida rilasciata dal Prefetto/Passaporto).

N.B. ogni pagina del presente modulo dovrà essere corredato di timbro della società e firma del legale rappresentante

# Note per la compilazione

1. Si consiglia per la compilazione del presente modulo di effettuare un'attenta lettura dello stesso, nonché dell'Avviso pubblico di accreditamento .
2. il presente modulo è predisposto al fine di semplificare la predisposizione delle dichiarazioni richieste dall'Amministrazione; nel caso emergessero incongruenze tra quanto ivi riportato e quanto stabilito dall'Avviso pubblico di Accreditamento, farà fede quanto riportato nel suddetto Avviso;
3. ogni pagina del presente modulo dovrà essere corredato di timbro della società/organismo e firma del legale rappresentante;
4. qualora ritenuto opportuno è possibile integrare il presente modulo con ulteriori dichiarazioni/documentazione, purchè gli stessi siano identificabili attraverso l'apposizione di inequivocabili richiami.