**allegato A – modello di domanda**

**“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL’INDIVIDUAZIONE DI UN PARTNER ATTUATIVO PER IL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022.**

II/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di Legale Rappresentante del soggetto

titolare e/o gestore dell’ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e con sede operativa a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Partita Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_estremi dell'atto costitutivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estremi dello statuto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estremi dell'iscrizione ai registri prefettizi ex art. 13 DLCPS n. 1577/1947 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iscrizione all'albo regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(se cooperativa sociale), iscrizione alla CCIAA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**MANIFESTA L'INTERESSE**

a voler svolgere le attività previste nell’ambito del Progetto **HOME CARE PREMIUM 2022**

**a tal fine dichiara*:***

*sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:*

1. di non trovarsi in alcuna delle clausole di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
2. di rispettare la correttezza delle posizioni previdenziali ( indicare i numeri di matricola o iscrizione INPS e INAIL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di impegnarsi ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro contenute nel D.Lgs. 81/2008 (Testo Unico Sicurezza Lavoro) e dalle relative disposizioni correttive, ovvero dal D.Lgs 106/2009;
4. di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i;
5. di impegnarsi a stipulare polizze assicurative per le responsabilità civile per le attività prestate e per responsabilità civile verso terzi. Ciascuna di dette garanzie deve prevedere un massimale non inferiore a € 500.000 ( euro cinquecentomila/00);

**DICHIARA INOLTRE**

in qualità di legale rappresentante e in conformità alle disposizioni del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di possedere:

-almeno trentasei(36) mesi di esperienza antecedenti la data di scadenza della Manifestazione, nella gestione di servizi a valere sugli avvisi HOME CARE PREMIUM, svolti esclusivamente in convenzione con Enti Pubblici. No possono essere cumulati i servizi svolti contemporaneamente in periodi coincidenti.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia servizio** | **Committente** | **Periodo (indicare date)** | **Durata** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

di aver realizzato un fatturato globale riferito agli ultimi tre esercizi finanziari 2019-2020 -2021, **non inferiore a € 2.000.000,00**., come di seguito riportato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fatturato globale(2019.2020.2021) | Fatturato Globale Anno2019 | Fatturato Globale Anno2020 | Fatturato Globale Anno2021 |
|   |   |   |   |

*Si allega*

*-fotocopia del documento di riconoscimento del legale rappresentante.*

*-Elaborato progettuale*

 **Luogo e data FIRMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE ALTRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. *196/2003*come integrato e modificato a seguito dell’entrata in vigore del Regolamento UE n°679/2016 .

Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Timbro e firma del Legale Rappresentante**

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*