



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
A M B I T O • S 6

ALLEGATO A - MODELLO DI DOMANDA

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

Il/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 _____ P
EC _____ 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:

- a) di non trovarsi in alcuna delle clausole di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
- b) di rispettare la correttezza delle posizioni previdenziali (indicare i numeri di matricola o iscrizione INPS e INAIL) _____;

Via Aldo Moro
84081 Baronissi (Sa)
Telefono 089 976 00 53
consorziovalleirnos6@pec.it
segreteria@consorziovalleirnos6.it
C.F. 05535170657 - P.IVA 05535170657



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO • S 6

- c) 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;
- d) 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;
- e) 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



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO • 56

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 Anno 2019	Fatturato Globale Anno 2020	Fatturato Globale Anno 2021

Si allega

-fotocopia del documento di riconoscimento del legale rappresentante.

-Elaborato progettuale

Luogo e data

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO 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
