

ALLEGATO A

DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO FORNITORI QUALIFICATI PER L'EROGAZIONE  
DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,

residente a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante

- dell'Ente del Terzo Settore \_\_\_\_\_ N. iscrizione al RUNTS \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

codice fiscale / partita IVA \_\_\_\_\_,

o

- dell'Impresa sociale \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

codice fiscale / partita IVA \_\_\_\_\_,

iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

l'iscrizione all'Elenco di fornitori qualificati per le prestazioni assistenziali domiciliari per persone adulte con patologia psichiatrica per il territorio del

Distretto 1 Azienda ULSS9 Scaligera

Distretto 2 Azienda ULSS9 Scaligera

Distretto 3 Azienda ULSS9 Scaligera

Distretto 4 Azienda ULSS9 Scaligera

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.;

#### DICHIARA

che l'ETS / Impresa sociale è nel libero esercizio delle proprie attività (che cioè la ditta non risulta in stato di fallimento, concordato preventivo o di amministrazione controllata);

che l'ETS / Impresa Sociale è iscritto/a al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)  
N. iscrizione \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;

di non trovarsi in alcuno dei motivi di esclusione di cui agli artt. 94, 95, 96, 97 e 98 del D. Lgs. 36/2023;

di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs 165/2001 o di ulteriori divieti a contrattare con la Pubblica Amministrazione;

l'inesistenza a proprio carico delle cause di divieto, decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 D.Lgs. 159/2011;

che l'ETS / Impresa sociale è in possesso dei requisiti di idoneità tecnico-professionale richiesti per l'iscrizione all'Elenco in oggetto;

di aver realizzato negli ultimi cinque anni le attività e gli interventi oggetto del presente avviso per conto di Enti pubblici e/o Pubbliche amministrazioni;

di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dal presente avviso (Operatore Socio Sanitario) per lo svolgimento delle prestazioni per cui si richiede l'iscrizione;

di garantire il rispetto dei contratti collettivi nazionali di lavoro, accordi sindacali integrativi, degli accordi provinciali, delle norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, degli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti e/o soci e nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 68/1999;

di essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali;

di garantire l'applicazione del D.Lgs. 196/2003 in materia di tutela della privacy;

di avere esperienza di almeno 3 anni alla data di presentazione della domanda, nell'ambito del servizio di Assistenza domiciliare per persone con patologia psichiatrica e/o nella gestione di Unità di Offerta semiresidenziali e residenziali dell'area della salute mentale:

Descrizione sintetica del servizio			
Committente	Periodo (anno e n. mesi da ____ a ____)	Numero di Operatori Socio Sanitari impiegati	N. di ore / interventi svolti / UdO

N.B.: compilare una tabella per ogni servizio svolto

Dichiara inoltre di essere a conoscenza e di accettare specificatamente tutte le clausole contenute nell'Avviso pubblico e si impegna a comunicare immediatamente all'Azienda Ulss 9 Scaligera le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni medesime;

- di accettare, quale Foro giudiziario esclusivo, in caso di controversie, il Foro di Verona.

Letto confermato e sottoscritto.

Località e data.....

FIRMA .....

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e del D.Lgs. 07/03/2005, n. 82 e s.m.i.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Tutti i dati sono obbligatori. È necessario trasmettere unitamente al presente modello copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore.