

MODELLO manifestazione di interesse

**All'Ufficio di Piano
Ambito N23
Comune di Nola (NA) - Capofila**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AMBITO N23 –
COMUNE DI NOLA (NA) – CAPOFILA. PARTECIPAZIONE AL SISTEMA DI
OFFERTA PRESTAZIONI INTEGRATIVE PROGETTO HCP 2017.**

__I__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ Provincia _____ il _____
residente a _____ Provincia _____ in Via/Piazza
_____ n. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____ di cittadinanza

in qualità di titolare legale rappresentante della ditta/società

_____ con sede legale a _____ Provincia _____ in
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ C.F. _____
P.IVA _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

MANIFESTA

il proprio interesse ad erogare il servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale home care premium 2017 prestazioni integrative, attraverso soggetti in possesso di accreditamento ai sensi del Regolamento regionale n. 4/2014 con procedura di scelta demandata al cittadino/utente/beneficiario.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere in possesso, in conformità alle disposizioni del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, dei:

1) **Requisiti di Ordine Generale:** le imprese partecipanti devono possedere i requisiti di ordine generale previsti dall'art.80 del D.Lgs. n.50/2016. (In caso di associazioni temporanee d'impresa i requisiti di ordine generale dovranno essere posseduti dalle singole imprese raggruppate).

2) **Requisiti di Idoneità Professionale:** iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura per attività coincidente con quella oggetto del prestatore che manifesta interesse.

3) **Requisiti di Capacità Economica e Finanziaria:** per "capacità economica e finanziaria" si intende la solidità e l'affidabilità del prestatore che manifesta interesse nel far fronte alla remunerazione dei diversi fattori produttivi impiegati nell'esecuzione del servizio prestazioni integrative HCP 2017, al fine di non pregiudicare il corretto adempimento delle obbligazioni contrattuali assunte con l'Ambito N23.

- a) I soggetti partecipanti devono dimostrare il possesso della capacità economica e finanziaria mediante attestazione di almeno due idonee referenze bancarie di due istituti di credito e/o intermediari finanziari (indicare gli estremi). In caso di partecipazione in raggruppamento e/o consorzio, è richiesta la dimostrazione del possesso di due referenze per la mandataria e di una per ogni mandante; analogamente per i consorzi ordinari.
- b) Di aver realizzato negli ultimi tre esercizi finanziari, un fatturato specifico per servizi nel settore di attività oggetto della presente Manifestazione di interesse per un importo non inferiore a quello previsto per il periodo presunto 01/07/2017 – 31/12/18 indicando i committenti, gli importi e le date di inizio e ultimazione dei servizi. In caso di partecipazione in raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario, il requisito dovrà essere posseduto complessivamente dal raggruppamento o consorzio, fermo restando che la capogruppo dovrà possederlo in misura maggioritaria.

Committente	Oggetto della fornitura	Anno di ultimazione	Importo servizio al netto IVA

4) **Requisiti di Capacità Tecnica e Professionale:** per "capacità tecnica e professionale" si intende il possesso da parte del prestatore che manifesta interesse di una organizzazione qualificata e di specifica esperienza, al fine di garantire l'erogazione del servizio di cui alla presente manifestazione di interesse.

- a) Possesso di Certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008;
- b) Possesso di Provvedimento di accreditamento per il servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale rilasciato ai sensi del Regolamento regionale n. 4/2014 in corso di validità.

5) Di essere consapevole che, così come previsto dall'INPS, il pagamento avverrà sotto forma di rimborso. Il riconoscimento degli importi è subordinato all'approvazione dei documenti giustificativi di spesa da parte della commissione mista istituita presso l'INPS. Il prestatore dovrà provvedere alla rendicontazione delle prestazioni integrative erogate con cadenza trimestrale che verranno liquidate a seguito dell'approvazione da parte della Commissione mista e al relativo trasferimento delle risorse. La liquidazione avverrà entro 60 giorni dall'accredito dei fondi stessi con apposito dispositivo di liquidazione e previa relazione positiva degli Assistenti sociali all'uopo delegati. Il Prestatore dovrà avere la capacità economica di sostenere l'eventuale anticipazione di almeno 3 mensilità, anche non continuative, riferite a tutti gli operatori.

6) Di impegnarsi a sottoscrivere, in caso di scelta da parte del beneficiario, il relativo contratto con le modalità richieste dall'Amministrazione.

Il sottoscritto, con la sottoscrizione della presente dichiara di essere consapevole che l'adesione alla presente manifestazione di interesse non comporta alcun obbligo da parte dell'Ente e dei beneficiari al conferimento di eventuali incarichi e autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi all'istanza in oggetto ai sensi del Codice della Privacy D.Lgs. 196/2003.

_____, lì

Firma del Legale Rappresentante

Timbro del Soggetto Prestatore

Si allega:

1. copia del documento di identità in corso di validità;
2. copia del provvedimento di accreditamento;
3. copia della certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008;
4. referenze bancarie.