Carta Intestata

**Spett.le Ufficio di Piano**

**Ads 7 – Vasto**

**Piazza Barbacani**

**66054 Vasto (CH)**

Allegato A - **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN CATALOGO DEI SOGGETTI EROGATORI - Progetto: Piani.(fichiamo) di.(mensioni) concili.(ando)azioni. Avviso PIANI DI CONCILIAZIONE Piano Operativo 2017-2019 Intervento 26 Regione Abruzzo.**

**CUP: CC32G18000050006.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*Selezionare il campo di interesse*)

□ titolare/legale rappresentante

□ procuratore *(allegare procura)*

*consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, preso atto delle condizioni di partecipazione stabilite nell’avviso di cui all’oggetto*

**CHIEDE**

1. di partecipare all'avviso pubblico citato in oggetto, manifestando il proprio interesse ad essere inserito/a nel Catalogo dei Soggetti Erogatori - **Progetto: Piani.(fichiamo) di.(mensioni) concili.(ando)azioni. Avviso PIANI DI CONCILIAZIONE Piano Operativo 2017-2019 Intervento 26 Regione Abruzzo. CUP: CC32G18000050006.**

2. Nei seguenti servizi e aree di intervento:

**[ ]** anziani: centri diurni e servizi residenziali; servizi di care giver; servizi di trasporto e/o accompagnamento;

**[ ]** bambini: doposcuola e supporto allo studio; centri ricreativi aperti nei periodi di chiusura delle scuole; soggiorni estivi e vacanze studio; sostegno per le rette di nidi o scuole dell’infanzia; baby sitter;

**[ ]**  disabili malati cronici e/o terminali: sostegno ai servizi di assistenza domiciliare (esclusi servizi infermieristici e di assistenza sanitaria); centri diurni e servizi residenziali; servizi di care giver; servizi di trasporto e/o accompagnamento.

3. Di rappresentare:

**[ ]** organizzazioni senza scopo di lucro con esperienza almeno triennale nell’inclusione sociale e lavorativa di persone svantaggiate;

**[ ]** cooperative sociali;

**[ ]** organizzazioni di volontariato;

**[ ]** associazioni di promozione sociale;

**[ ]** enti privati o pubblici che abbiano, nell’oggetto sociale, servizi di conciliazione per minori e/o persone non autosufficienti;

A tal fine

**DICHIARA DI POSSEDERE**

[ ]  una sede operativa nel territorio delle Ads *(specificare numero);*

[ ]  l’iscrizione negli appositi albi/registri della Regione Abruzzo in conformità con la natura giuridica dei soggetti richiedenti e con la normativa statale e regionale vigente n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[ ]  l’atto relativo alla natura giuridica del soggetto richiedente data registrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ]  lo statuto;

**[ ]** lacertificazione di solidità economica e finanziaria rilasciata da almeno 1 (uno) istituto di credito *(allegare);*

**[ ]**  un volume di affari annuo almeno pari ad € 500.000,00 (iva esclusa) nel quinquennio precedente;

**[ ]**  esperienza documentata in almeno 3 (tre) servizi di cui al catalogo *(allegare);*

**[ ]** modello organizzativo da cui possano essere desunte la distribuzione di responsabilità organizzative e gestionali, le persone cui tali responsabilità sono attribuite, nonché le forme di coordinamento dell’attività degli operatori sociali *(allegare carta dei servizi);*

**[ ]**  indicazione del numero e della funzione dei soci lavoratori e lavoratori dipendenti, in applicazione dei contratti di lavoro collettivi e dei relativi accordi integrativi, e di eventuali altre collaborazioni professionali *(specificare attraverso breve cv dell’Ente)*;

**[ ]** regolarità con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favori dei propri lavoratori e/o collaboratori;

**[ ]** regolarità con il pagamento delle imposte e delle tasse;

**[ ]**  regolarità con le revisioni annuali da parte del ministero delle attività produttive o enti preposti;

**[ ]** possibilità/disponibilità ad avvalersi del ruolo svolto dal volontariato e/o del servizio civile nazionale nell’espletamento dei servizi;

**[ ]**  esistenza di un sistema valutazione interna relativa al conseguimento dei risultati;

**[ ]**  certificato di qualità UNI EN ISO 9001/2015.

I requisiti di qualità soggettivi, come di seguito indicati, saranno sottoposti a valutazione con l’attribuzione dei punteggi massimi indicati per ciascun requisito, richiesto nell’istanza.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma e timbro)

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

L’Ufficio di Piano dell’ADS 7 – Vasto si riserva di svolgere controlli in fase di selezione e in qualunque momento per verificare il possesso dei requisiti richiesti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.