

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CATALOGO DEGLI OPERATORI
CON DICHIARAZIONI INTEGRATIVE EX D.P.R. 445/00**

All'Unione Montana dei Comuni del Sangro

Via Duca Degli Abruzzi n. 104

66047 Villa Santa Maria

CHIETI

OGGETTO: Istanza di iscrizione al Catalogo degli Operatori, "Progetto: We-Coop, Welfare Cooperativo. Patto Sociale per un nuovo Welfare a favore delle lavoratrici e dei lavoratori" approvato nell'ambito del PO FSE 2014/2020 – Asse Occupazione – Progetto "Piani di Conciliazione".

Il/I sottoscritto/i _____ nato il
 _____ a _____
 in _____ qualità _____ di

 dell'operatore economico _____
 con _____ sede _____ in

 con _____ codice _____ fiscale _____ n.

 con _____ partita _____ IVA _____ n.

nell'accettare condizioni e contenuti dell'Avviso di selezione in oggetto,

CHIEDE

di essere inserito nel Catalogo degli operatori indicato in oggetto.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole/i delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e informato/i ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003

DICHIARA

1. di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80, comma 5 lett. *f – bis*) ed *f – ter*) del D.Lgs. n. 50/2016;
2. che l'ente/azienda rappresentato è iscritto nel registro delle imprese della competente Camera di Commercio di _____ con i seguenti dati:
 - denominazione e ragione sociale _____;
 - numero di iscrizione _____ presso la C.C.I.A.A. di _____ in data _____ per le seguenti attività, identiche o simili a quelle previste nel presente avviso:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
3. (*se pertinente*) di essere iscritto all'Albo nazionale _____ con n. _____ in data _____
4. (*se pertinente*) di essere iscritto all'Albo regionale _____ con n. _____ in data _____
5. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di cui all'art. 80 del D. lgsvo n. 50/2016;
6. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei propri lavoratori e/o collaboratori;
7. di essere in regola con il pagamento delle imposte e delle tasse;
8. di rispettare le norme dell'ordinamento giuridico italiano in materia di prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro e delle malattie professionali, della sicurezza sui luoghi di lavoro, dei contratti collettivi di lavoro e delle normative relative alla tutela ambientale;
9. di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente procedura e atti conseguenti e connessi, nonché dell'esistenza dei diritti di cui all'articolo 7 del medesimo decreto legislativo;
10. di accettare tutte le condizioni dell'avviso e dei documenti richiamati nelle premesse e di uniformarsi alle successive procedure attuative che verranno emanate per consentire la realizzazione di quanto previsto nell'Avviso Piani di Conciliazione e in particolare, per agevolare il corretto utilizzo dei voucher nel rispetto dei limiti temporali e di importo per le singole beneficiarie, previsti nell'Avviso Piani di Conciliazione;
11. di impegnarsi a stipulare, se non già possedute, idonee polizze RCT a tutela dei beneficiari;

12. di sapere che l'iscrizione dell'operatore nel Catalogo non assegna alcun diritto in merito all'erogazione dei servizi, che dipende dalla scelta discrezionale e libera delle beneficiarie dei voucher su quale servizio richiedere tra quelli offerti dagli operatori iscritti nel catalogo;
13. di accettare che, in caso di servizi acquistati tramite voucher dalle beneficiarie, il compenso verrà erogato direttamente dal Committente, a rimborso delle prestazioni effettivamente rese previa presentazione di regolare fattura;
14. di accettare di sottoporsi a procedure di controllo e verifica connesse alla presente procedura.

Data _____

FIRMA

Scheda dei servizi da accreditare nel Catalogo degli Operatori

Il/I sottoscritto/i

_____ nato il
_____ a

in _____ qualità _____ di

_____ dell'operatore economico _____

tel. _____

fax _____

e-mail _____

PEC _____

web _____

con _____ sede _____ in _____

con _____ codice _____ fiscale _____ n.

con _____ partita _____ IVA _____ n.

Profilo Aziendale max 2500 caratteri. Descrivere l'azienda/organizzazione, missione, visione, organizzazione, storia.

Certificazioni di qualità possedute. max 400 caratteri.

Inserire una scheda per ogni servizio da accreditare.

Nome Servizio	
Tipologia servizio	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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 • altro. Specificare _____
Rivolto a	<input type="checkbox"/> prima infanzia max 5 anni <input type="checkbox"/> minori fino a 13 anni <input type="checkbox"/> adolescenti <input type="checkbox"/> anziani <input type="checkbox"/> disabili <input type="checkbox"/> famiglia <input type="checkbox"/> altro, specificare _____
Dove.	<input type="checkbox"/> Domicilio utente <input type="checkbox"/> struttura sita in _____ <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Descrizione struttura </div> <hr/>
Contatti	Referente _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
Descrizione servizio. Max 3000 caratteri.	
Figure professionali. Descrivere i	

professionisti che erogheranno il servizio, specificando titolo di studio, specializzazioni esperienza, numero operatori in rapporto agli utenti seguiti; mansioni	
Tariffe. Indicare la tariffa del servizio più appropriata.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costo orario _____ Se previsto, indicare il monte ore minimo da acquistare _____ Note: _____ 2. Costo settimanale _____ Se previsto, indicare il numero di settimane minimo da acquistare _____ Note: _____ 3. Costo mensile _____ Se previsto, indicare il numero di settimane minimo da acquistare _____ Note: _____ 4. Altro _____
Ulteriori informazioni sul servizio	

Ripetere la scheda per ogni servizio da accreditare.