

Al Distretto Socio Sanitario LT4
Comune Capofila Fondi
Ufficio di Piano
Piazza Municipio n. 1
04022 Fondi (LT)

"Mod. 1 - Domanda di iscrizione al Registro degli Enti Gestori delle prestazioni integrative. Progetto Home Care Premium 2017".

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a _____

Prov. _____, il _____, residente in via _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

legale rappresentante della società cooperativa/ Consorzio di cooperative denominato/a: _____

Indirizzo (sede legale) Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____

Prov. _____

Tel. _____ fax _____ Cod. Fiscale _____

Partita IVA _____

CHIEDE

di partecipare al presente Avviso secondo la seguente forma:

- Cooperativa Sociale
- Consorzio di Cooperative, con esecutore del servizio la Cooperativa _____

per essere iscritto al Registro degli Enti Gestori delle prestazioni integrative.

A tale scopo, valendosi della facoltà concessagli dal DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

che la Cooperativa/Consorzio _____ è iscritta nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n° _____ per le seguenti categorie di attività: _____

che la Cooperativa Sociale o il Consorzio di cooperative, è iscritta/o nell'Albo Nazionale delle Cooperative con il seguente oggetto sociale: _____

- che la Cooperativa Sociale o il Consorzio di cooperative, risulta iscritta/o nel rispettivo Albo Regionale delle Cooperative (ove previsto);
- di essere in regola con gli adempimenti connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali a favore di lavoratori dipendenti;

Indicare le attività oggetto di iscrizione: _____

- di possedere alla data di scadenza dell'Avviso un anno di esperienza, in servizi previsti tra le prestazioni integrative di cui all'Avviso HCP 2017.

Le Cooperative/Consorzi dovranno specificare per incarico di chi, per quale periodo, e per quale importo è stata svolta l'attività.

- di impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o a cose conseguenti all'attività del servizio con un massimale non inferiore a € 1.000.000,00 per sinistro entro 5 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'iscrizione all'Albo di accreditamento.

In caso di consorzio, i dati devono essere dichiarati da ciascun componente indicato come esecutore del servizio.

POSIZIONI ASSICURATIVE E PREVIDENZIALI

INPS matricola azienda: _____ INPS sede competente: _____

(nel caso di più iscrizioni indicarle tutte);

INAIL codice ditta: _____ INAIL posizioni assicurative territoriali (PAT): _____

In caso di non iscrizione ad uno degli Enti sopra indicati, indicarne i motivi: _____

Dimensione aziendale (indicare il n° di dipendenti): _____

L'Ufficio delle Entrate competente ha sede in _____ fax n° _____

ELEZIONE DI DOMICILIO

Per tutte le comunicazioni relative alla presente procedura si elegge il seguente domicilio:

INDIRIZZO: _____

PEC: _____

E-MAIL: _____

FAX ATTIVO AUTORIZZATIVO: _____

Data _____

IL DICHIARANTE

NB. Allegare la copia di un documento di identità in corso di validità.