

Allegato n. 3 - Modello "DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA"

Spett.le
Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale
sociale di Sondrio - via Perego n. 1
23100 SONDRIO

OGGETTO: **PROCEDURA DI EVIDENZA PUBBLICA, DI TIPO NON COMPETITIVO, FINALIZZATA ALL'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE (ETS) INTERESSATI A CO-PROGETTARE E GESTIRE IN PARTNERSHIP CON GLI UFFICI DI PIANO DI SONDRIO E DI MORBEGNO ATTIVITÀ E INTERVENTI DOMICILIARI, DEFINITI "A CASA TUTTO BENE 2..", SECONDO IL MODELLO DI INTERVENTI E SERVIZI DESCRITTI NEL PROGETTO DI MASSIMA ALLEGATO ALL'AVVISO – PERIODO: 01 OTTOBRE 2026/ 31 DICEMBRE 2027, PROROGABILE FINO AL 31 DICEMBRE 2028 - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA INERENTE AI REQUISITI**

Il/la sottoscritto/a

_____,
(nome, cognome, luogo e data di nascita)

- ☐ legale rappresentante
☐ procuratore speciale

dell'operatore economico

con sede in _____ partita IVA _____ codice fiscale n. _____
numero telefono _____ PEC _____

referente immediatamente reperibile per qualsiasi eventuale comunicazione nella fase di manifestazione di interesse:

nominativo: _____

cellulare: _____

e-mail: _____

in qualità di *(barrare la casella di interesse):*

- ☐ Operatore economico singolo;
☐ Membro Raggruppamento Temporaneo/Associazione Temporanea di Scopo formata da:

DENOMINAZIONE - FORMA GIURIDICA	SEDE LEGALE	% SERVIZIO	PARTECIPAZIONE AL RAGGRUPPAMENTO
---------------------------------	-------------	------------	----------------------------------

1 _____			
---------	--	--	--

2 _____			
---------	--	--	--

con soggetto capogruppo mandatario: _____

con espresso riferimento al soggetto che rappresenta,

MANIFESTA INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO

e pertanto

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO INDETTA DA CODESTO UFFICIO DI PIANO PER L'INDIVIDUAZIONE DI ETS INTERESSATI A CO-PROGETTARE E A GESTIRE IN PARTNERSHIP CON GLI UFFICI DI PIANO DI SONDRIO E DI MORBEGNO (SO) ATTIVITÀ E INTERVENTI DOMICILIARI, DEFINITI "A CASA TUTTO

BENE 2..”, SECONDO IL MODELLO DI INTERVENTI E SERVIZI DESCRITTI NEL PROGETTO DI MASSIMA ALLEGATO AL RELATIVO AVVISO PUBBLICO DI CO-PROGETTAZIONE – PERIODO: 01 OTTOBRE 2026/ 31 DICEMBRE 2027, PROROGABILE FINO AL 31 DICEMBRE 2028

e a tal fine, ai sensi degli artt. 38, 46, 47 e 48 del d.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., relativamente al suddetto operatore economico e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

IDONEITÀ SOGGETTIVA

1. di essere un operatore economico di cui all’art. 65 del d.lgs. 36/2023 e s.m.i. che opera nel campo della assistenza in favore di persone vulnerabili (o settore analogo);

REQUISITI DI ORDINE GENERALE E DI IDONEITÀ PROFESSIONALE

2. che non sussiste nei propri confronti anche solo una delle cause di esclusione previste dalla normativa vigente ai fini di contrattare con la Pubblica Amministrazione, con particolare riferimento all’art. 94 e ss del d.lgs. 36/2023 (Codice contratti pubblici), qui analogicamente applicato;
3. *se impresa*: di essere iscritta nel registro della C.C.I.A.A. di _____ per attività/oggetto sociale inerente al servizio da eseguire, come segue:
 - n. d’iscrizione _____
 - data di iscrizione _____
 - ATTIVITÀ: _____
4. *se cooperativa*: di essere iscritta all’Albo Nazionale delle Società Cooperative, istituito con D.M. 23.06.2004, presso il Ministero per lo sviluppo economico, come segue:
 - n. d’iscrizione _____
 - data di iscrizione _____
 - altre informazioni (eventuali): _____
5. di essere Ente del Terzo Settore iscritto nel Registro Unico del Terzo Settore (RUNTS), come segue: _____;
6. di avere una struttura idonea, sotto il profilo organizzativo, finanziario e tecnologico, all’effettuazione dei servizi e delle prestazioni richieste;
7. che non sussistono nei propri confronti ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.;

REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICO-PROFESSIONALE

8. avere un’**esperienza almeno biennale negli ultimi cinque anni**, con riferimento agli ambiti di intervento descritti nel Progetto di massima (Allegato 1 all’Avviso di co-progettazione): assistenza domiciliare, care management e tecnologie per il monitoraggio h24 7 su 7, per un fatturato minimo di **almeno 150.000,00 euro per ogni anno** di esperienza certificata, come qui descritto:

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	PERIODO DI ESECUZIONE	FATTURATO	COMMITTENTE	<i>possibilmente: recapiti committente per agevolare i controlli (telefono diretto, e-mail e nominativo di almeno un referente...)</i>

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che, ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati acquisiti sono previsti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno trattati solo per tale scopo.

FIRMATA DIGITALMENTE

oppure

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA LEGGIBILE (*)

(*) solo in caso di firma autografa, allegare FOTOCOPIA, NON AUTENTICATA, DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE (art. 38, comma 3, d.P.R. 445/2000)