

Al Servizio affari generali, segreteria e
servizi amministrativi trasversali
dell'ASL CN2 - Via Vida, 10
12051 ALBA (CN)

aslcn2@legalmail.it

COD. TITOLARIO I.1.12.02

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO/ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE PER COLLABORARE CON L'ASL CN2 PER SERVIZI DI SOSTEGNO, ASSISTENZA AI PASTI ED ACCOMPAGNAMENTO NONCHÉ PER INIZIATIVE CULTURALI, RICREATIVE E PER ATTIVITÀ PRATICHE IN AMBITO OSPEDALIERO ED EXTRAOSPEDALIERO. PERIODO DAL 01/01/2019 – 31/12/2019.

Io sottoscritto _____

nato a _____ (_____) il _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di legale rappresentante dell' ODV APS
(specificare, barrando la voce di interesse, se trattasi di ODV o di ETS)

Denominata _____

C.F. ETS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P.IVA ETS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con la presente MANIFESTO L'INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DEI SERVIZI DESCRITTI NELL'ALLEGATA SCHEDA A.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la mia personale responsabilità e consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni incorrerò nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative di esclusione dalle gare di cui all'art. 80 D.lgs. 50/2016 e dalla normativa vigente in materia

DICHIARO

1. di essere l'unico componente del Direttivo ad avere la legale rappresentanza dell'ETS

oppure

che oltre a me hanno la legale rappresentanza dell'ETS anche i seguenti componenti del direttivo:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE

(in questo caso le dichiarazioni di cui ai punti 2, 3 e 4 dovranno essere rese mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa da ognuno di essi, avvalendosi di apposito modulo disponibile sul sito dell'ASL CN2)

2. l'assenza di condanne a mio carico

oppure

che sono state pronunciate a mio carico le seguenti condanne:

(vanno autocertificate anche le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati)

3. l'inesistenza a mio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata

oppure

l'esistenza a mio carico delle/dei seguenti procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata e delle seguenti (eventuali) riabilitazioni:

4. che non mi trovo nelle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione né ho commesso errore grave nell'esercizio della mia attività professionale;
5. che l'ETS è iscritta all'Albo Regionale di cui all'art. 3 della L.R.P. n. 38/1994 (e successive modifiche) oppure al Registro regionale delle associazioni di promozione sociale di cui all'art. 6 della L.R.P. n. 7/2006 (e successive modifiche), e non ha procedure di cancellazione in corso;
6. che l'ETS ha sede legale in _____
7. che l'ETS ha sede operativa in _____
8. che l'ETS:

E T S C O N D I P E N D E N T I

- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali

CCNL applicato _____;

matricola INPS _____;

sede competente INPS _____;

codice INAIL _____;

posizione assicurativa territoriale (PAT) _____;

numero totale dei dipendenti _____;

oppure

E T S S E N Z A D I P E N D E N T I

- non è assoggettata alla normativa sulla regolarità contributiva

9. che nei confronti dell'ETS non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art.9, comma 2, lettera c), del D.Lgs. 8.6.2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art.14 del D.Lgs. 81/2008 e all'art.5 della L. 123/07;
10. che l'ETS si impegna a rispettare le disposizioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08;
11. che l'ETS si impegna ad osservare tutte le prescrizioni di cui all'avviso ed alla bozza di convenzione allegata ai quali integralmente si rimanda;
12. che L'ETS si avvale in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti;
13. che la realizzazione delle attività previste nell'allegata scheda A rientrano nelle finalità statutarie dell'ETS;
14. che la polizza di assicurazione dei volontari contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato, anno 2018, ha avuto il seguente costo:

POLIZZA NUMERO	TIPOLOGIA	MASSIMALE	COSTO ANNUALE TOT.	COSTO A VOLONTARIO
	Responsabilità civile verso terzi	€	€	€
	Infortuni	€	€	€

RICHIEDO

- che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura siano effettuate ad ogni effetto di legge al seguente numero di Fax:
_____;
- oppure che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura siano effettuate ad ogni effetto di legge al seguente indirizzo di posta elettronica:
_____;
- oppure che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura siano effettuate ad ogni effetto di legge al seguente numero di posta elettronica certificata (PEC) :
_____;

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, dichiaro di essere informato e di dare il mio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'ASL CN2 ai fini della presente procedura.

Data _____

TIMBRO ETS

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Avvertenze

la presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilata sul presente modulo o su riproduzione propria purché integralmente riportante tutte le voci del modello proposto, deve essere:

- *completamente compilata in ogni sua parte, compresa l'apposizione di contrassegno su tutte le caselle (Nel caso in cui la dichiarazione preveda due possibilità distinte, dovrà essere cancellata l'opzione che non interessa);*
- *presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000*

Si allega

- *la scheda allegato A, debitamente compilata per le parti di interesse dell'ETS e sottoscritta;*
- *la scheda allegato B descrittiva dell'ETS, debitamente compilata e sottoscritta;*
- *l'elenco dei volontari che si intendono adibire alle attività convenzionate (Cognome, Nome e C.F.);*
- *fotocopia della polizza di assicurazione dei volontari contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato;*
- *fotocopia della carta d'identità dell'istante.*