*ALL. 1 MANIFESTAZIONE DI INTERESSE [si prega di compilarla digitalmente]*

**Oggetto: PROROGA AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO AI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE PER L’INSERIMENTO NELL’ELENCO DI EROGATORI DI PRESTAZIONI ATTINENTI A PRATICHE MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL’AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE, ai sensi dell'art. 55 comma 4 del decreto legislativo n. 117/2017 (CODICE CUP PROGETTO AUTISMO F19G23000380001)**

**SEZIONE I: DATI IDENTIFICATIVI DEL CANDIDATO e ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sua qualità di legale rappresentante dell’Ente denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito web \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede operativa (se diversa dalla sede legale) nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Opzione 1)* iscritto al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore con atto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sezione:

[ ] Organizzazioni di Volontariato (OdV)

[ ] Associazioni di Promozione Sociale (APS)

[ ] Enti filantropici

[ ] Imprese sociali, incluse le cooperative sociali

[ ] Reti associative

[ ] Società di mutuo soccorso

[ ] Altri enti del Terzo settore (es. ONLUS)

***Opzione 2*** *(in caso di transizione al RUNTS da completare)* iscritto al Registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [riportare il nome e gli estremi di registrazione nel Registro Regionale o nazionale]

**SEZIONE II: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

**MANIFESTA INTERESSE**

**ALL’ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CUI ALL’AVVISO IN OGGETTO:**

*Crocettare una o entrambe le aree per le quali viene presentata la candidatura (Autismo e/o Disabilità) e, per ogni area, una o entrambe le tipologie di attività proposte (Motorie-sportive e/o di Socializzazione).*

**AREA AUTISMO**

[ ]  **ATTIVITÀ MOTORIE SPORTIVE**

[ ]  **ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE**

*Nel caso di più proposte, replicare la seguente tabella per ciascuna attività e compilarla con le specifiche dell’attività cui si riferisce.*

|  |
| --- |
| ***ATTIVITÀ:*AREA AUTISMO – ATTIVITÀ …………………………………** |
| Nome/Titolo attività: |  |
| Descrizione attività e Servizi aggiuntivi: |  |
| Ubicazione |  |
| Contatti: |  |
| Strumentazione: |  |
| Personale impiegato: |  |
| Costo | **Costo unitario di ogni accesso (€) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X Accessi (N.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = 500,00€****L’80% della frequenza corrisponde a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ accessi** |
| Costi extra necessari |

|  |  |
| --- | --- |
| [specificare] | € ,00 |
| [specificare] | € ,00 |
| .. | € ,00 |
|  | € ,00 |
|  | € ,00 |

 |

*GUIDA ALLA COMPILAZIONE:*

**Attività:** *indicare se MOTORIA/SPORTIVA O DI SOCIALIZZAZIONE;*

**Nome/Titolo attività:** *il nome/titolo dell’attività deve essere breve ed intuitivo per l’utente; deve identificare subito l’attività che si propone;*

**Descrizione attività e Servizi aggiuntivi:** *descrivere l’attività in max. 3 righe indicando se vengono offerti servizi aggiuntivi gratuiti (es. servizio di trasporto);*

**Ubicazione:** *indirizzo dei locali messi a disposizione per l’attività;*

**Contatti** *dell’Ente organizzatore;*

**Strumentazione:** *strumentazione utilizzata e messa a disposizione per l’attività;*

**Personale impiegato:** *specificare se, quanto e che tipologia di personale dipendente o volontario viene impiegato per l’attività;*

**Costo unitario (€):** *scrivere**costo unitario per singolo accesso e il numero di accessi previsti, il cui prodotto darà 500,00€;*

**Costi extra necessari:** *se sono previsti costi extra necessari alla partecipazione all’attività riportare in descrizione la tipologia (es. quota associativa, tipologia materiale ecc.) e il costo.*

*NB. Per ogni attività proposta è poi necessario compilare la SCHEDA DI SINTESI ALLEGATO n. 8 con i dettagli.*

**SEZIONE III: DICHIARAZIONE DELLA FORMA DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**1) DICHIARA**

1. di partecipare al presente Avviso pubblico nella seguente forma:

[ ]  Operatore singolo

[ ]  Capofila di una ATS (Associazione Temporanea di Scopo)

[ ]  **costituito**

[ ]  **costituendo**

**Composta da:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Sede** | **CF** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2) DICHIARA**

[ ]  di NON avvalersi di altri soggetti per l’esecuzione del Progetto

[ ]  di avvalersi dei seguenti soggetti:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Sede** | **CF** | **Qualità del rapporto** **S = sostenitore****F = finanziatore****P = partner** | **Descrizione Ruolo nel Progetto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3) DICHIARA**

**di** **compartecipare** alle attività dell’Avviso con le seguenti risorse:

*[barrare una o più categorie specificando COSA/QUANTO/CHI viene messo a disposizione e indicando se tale risorsa viene offerta da eventuali PARTNER, FINANZIATORI, SOSTENITORI, PARTECIPANTI all’ATS]*

[ ]  economiche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  materiali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  immateriali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  strumentali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  organizzative \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEZIONE IV – DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

* di possedere la capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
* di avere la propria sede operativa dove si svolge l’attività nel territorio di Firenze o zone limitrofe;
* di non avere situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
* di essere iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore (la cui procedura per l’iscrizione è definita con apposito Decreto Ministeriale così come stabilito all’art. 53 del Codice in questione);
* di possedere comprovata competenza nell'/e *ATTIVITÀ* per la quale viene presentata la candidatura;
* di fare ricorso a tutte le figure professionali necessarie ed adeguate alla erogazione del servizio;
* di rispettare e applicare i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di riferimento e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, sottoscritti dalle organizzazioni sindacali e datoriali maggiormente rappresentative a livello nazionale;
* il pieno rispetto all’attuazione all’interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 e l’autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente richiesta per le finalità istituzionali dell’Ente secondo la normativa vigente;
* di osservare gli obblighi a tutela della salute dei lavoratori e della loro sicurezza ai sensi del D.lgs. 81/08 e della restante normativa vigente;
* di garantire il rispetto della normativa sul collocamento obbligatorio ove applicabile;
* l’osservanza degli obblighi a tutela dei lavoratori e della sicurezza ai sensi del d.lgs. 81/08;
* l’adeguamento alle normative vigenti disposte dalle autorità competenti, adottando ogni cautela prevista dai protocolli sanitari in caso del ripresentarsi dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 o di altre patologie sanitarie incidenti sull’igiene e la salute pubblica;
* la presenza nel proprio statuto di finalità sociali e di inclusione;
* di osservare il patto d’integrità sottoscritto con la SdS Firenze;
* il rispetto, nei confronti del personale volontario, delle norme contenute nel D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117, “Codice del Terzo settore;
* la conformità alla normativa vigente dei locali/impianti/strumentazione eventualmente messi a disposizione;
* di essere in possesso di tutte le autorizzazioni per lo svolgimento dell’attività e di non avere procedure sospensive, inibitorie o sanzionatorie in corso;
* di fare ricorso a personale qualificato nello svolgimento delle attività
* di fare ricorso a personale qualificato e adeguatamente formato nello svolgimento delle attività;
* di possedere polizza assicurativa di legge che copra:
* i danni arrecati dal personale (dipendente e volontario) ai destinatari dei Voucher e a terzi;
* il personale durante lo svolgimento della prestazione lavorativa;
* la responsabilità civile e i danni arrecati dalla struttura ai destinatari dei Voucher e a terzi.

**DICHIARA** inoltre

* di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa

INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro Istituto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

* di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
* di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di applicare al personale dipendente, ove presente, il contratto collettivo nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;

e infine **INDIVIDUA**

le seguenti figure incaricate di intrattenere i rapporti e le comunicazioni con la SdS inerenti il Progetto:

COORDINATORE PROGETTO

* Nome e cognome: \_\_\_
* Mail: \_\_\_
* Recapito telefonico: \_\_\_

REFERENTE AMMINISTRATIVO

* Nome e cognome: \_\_\_
* Mail: \_\_\_
* Recapito telefonico: \_\_\_

Le comunicazioni di cui al presente Avviso dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Invia, in allegato alla presente, la restante documentazione richiesta di cui all’Art. 6 dell’Avviso.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante\*

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

*\* Si ricorda di firmare digitalmente o in alternativa con firma olografa unitamente a copia di carta d’identità in corso di validità.*