

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 _____ [ri

portare 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.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE:

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

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

dicompartecipare 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
- 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;

Altro Istituto: _____ ;

- 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 oin alternativa con firma olografa unitamente a copia di carta d'identità in corso di validità.*