

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

Numero del provvedimento	65
Data del provvedimento	11-09-2025
Oggetto	Società della Salute
Contenuto	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) _ PROROGA E RIAPERTURA TERMINI MANIFESTAZIONE INTERESSE

Ufficio/Struttura	Direzione Società della Salute
Resp. Ufficio/Struttura	Marco Nerattini
Resp. del procedimento	Marco Nerattini

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Allegati Atto		
Allegato	N.Pagine allegato	Oggetto Allegato
Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
1	6	Manifestazione di interesse
2	1	Impegno a costituirsi in ATS
3	8	Format Convenzione
4	2	Modulo Tracciabilità
5	1	Modulo recapiti
6	4	Patto d'integrità
7	2	Dichiarazione di affidabilità morale
8	1	Schema di sintesi

IL DIRETTORE

Visto:

- che la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, e ss.mm.ii. (*“Disciplina del servizio sanitario regionale”*) e, segnatamente il capo III bis (*“Società della Salute”*), articoli 71 bis e ss. disciplina il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali integrata tramite la costituzione delle Società della Salute;
- che in data 8 marzo 2010 è stata stipulata dagli enti consorziati la Convenzione della Società della Salute di Firenze, con allegato lo Statuto del Consorzio, entrato in vigore a seguito di detta stipula, già approvata dal Consiglio Comunale di Firenze e dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria di Firenze;
- l’art. 12 dello Statuto che stabilisce le attribuzioni del Direttore della Società della Salute di Firenze;
- che con decreto del Presidente della Società della Salute di Firenze 30 giugno 2021, n. 1, il Sottoscritto, dott. Marco Nerattini, è stato nominato Direttore del Consorzio e che l’incarico è decorso dal 1° luglio 2021;
- che con delibera di Giunta Esecutiva n. 11 del 30.06.2025 si è proceduto a prendere atto delle dimissioni presentate dal Direttore della SdS Firenze, Dr. Marco Nerattini, e contestualmente a nominare il medesimo quale Direttore pro tempore della SdS Firenze;

Premesso che:

- ai sensi dell’art. 55 comma 4 del D.Lgs n. 117/2017, con provvedimento del Direttore n. 79 del 14/12/2023 la SdS Firenze ha pubblicato un Avviso rivolto agli Enti del Terzo Settore al fine di acquisire manifestazioni d’interesse all’inserimento in due elenchi di operatori che la SdS intende formare per l’erogazione di prestazioni attinenti a pratiche motorie-sportive e/o di socializzazione nell’ambito di percorsi di inclusione sociale per persone con disabilità in generale (ELENCO AREA DISABILITÀ) e/o per persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in particolare (ELENCO AREA AUTISMO);
- l’inserimento negli elenchi non ha carattere selettivo ed ha il solo scopo di abilitare l’Ente, in possesso dei requisiti di cui all’Avviso SdS, ad essere potenzialmente scelto – per l’erogazione di attività motorie-sportive e/o di socializzazione - dai beneficiari di Voucher rilasciati dai servizi sociali e/o dai servizi specialistici SMA/SMIA aziendali;
- nell’Avviso è previsto che, durante la vigenza del Progetto, gli elenchi degli operatori saranno aggiornati ogni qual volta giungano nuove candidature, purché in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso medesimo;
- con il Provvedimento del Direttore n. 16 del 13/02/2024 è stato approvato l’ultimo elenco degli operatori economici accreditati;
- sono state stipulate le Convenzioni tra la Società della Salute di Firenze e gli Enti inseriti negli elenchi di operatori accreditati;

Considerato che la durata delle sopracitate convenzioni era subordinata al finanziamento ministeriale nell’ambito del Fondo dell’Autismo il cui termine è fissato per il 25/09/2025;

Considerata la disponibilità dell’Azienda USL Toscana Centro a finanziare la prosecuzione del Progetto di Voucher per pratiche motorie-sportive e/o di socializzazione nell’ambito di percorsi di



inclusione sociale per persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico fino ad un importo massimo di 15.900,00€ - cifra eventualmente ampliabile previa disponibilità economica residua -;

Stabilito che la suddetta implementazione potrà trovare copertura nelle risorse messe a disposizione del Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL Toscana Centro;

Ritenuto quindi **necessario**:

- procedere alla sottoscrizione di una nuova convenzione tra la SdS Firenze, l'Azienda USL Toscana Centro e gli Enti già precedentemente convenzionati, allineando la medesima alle modifiche intervenute;
- riaprire i termini della manifestazione di interesse per nuove adesioni fintanto che sussisteranno le esigenze cui è rivolto il Progetto in oggetto, nonché la disponibilità finanziaria residua;

Stabilito, quindi, di procedere con la pubblicazione di una nuova modulistica per nuove candidature - ALLEGATI 1-6 al presente provvedimento quali sue parti integranti e sostanziali -, nella quale sono riportate le modifiche intervenute;

Riscontrata la regolarità tecnica e amministrativa, nonché la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente;

Ritenuto opportuno, per motivi di urgenza, dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art.42, comma quarto, della L.R.T. n. 40 del 24/02/2005 e ss.mm.ii, vista la necessità di dare esecuzione al servizio;

Preso atto del parere favorevole relativo alla regolarità tecnica del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 49, comma 1, del decreto legislativo n. 267/00;

Richiamato l'articolo 12 dello Statuto;

DISPONE

Per i motivi espressi in narrativa:

1. di riaprire i termini della manifestazione di interesse per l'adesione da parte di nuovi candidati al Progetto di Voucher per pratiche motorie-sportive e/o di socializzazione nell'ambito di percorsi di inclusione sociale per persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico considerata la disponibilità dell'Azienda USL Toscana Centro a finanziare la prosecuzione delle attività fino ad un importo massimo di 15.900,00€ - cifra eventualmente ampliabile previa disponibilità economica residua -;
2. che la suddetta implementazione potrà trovare copertura nelle risorse messe a disposizione del Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL Toscana Centro;
3. di procedere alla sottoscrizione di una nuova convenzione tra la SdS Firenze, l'Azienda USL Toscana Centro e gli Enti già precedentemente convenzionati, allineando la medesima alle modifiche intervenute



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

4. di procedere con la pubblicazione di una nuova modulistica per nuove candidature - ALLEGATI 1-6 al presente provvedimento quali sue parti integranti e sostanziali -, nella quale sono riportate le modifiche intervenute;
5. di dichiarare il presente provvedimento, per motivi di urgenza, immediatamente eseguibile ai sensi dell'art.42, comma quarto, della L.R.T. n. 40 del 24/02/2005 e ss.mm.ii.;
6. di dare pubblicità al presente atto mediante affissione all'Albo Pretorio del Consorzio, ove vi rimarrà per dieci giorni consecutivi, e mediante pubblicazione sul sito informatico della Società della Salute, ove resterà accessibile a tempo indeterminato;

Estensore: Elisa Maltagliati

Il Provvedimento è firmato digitalmente da:

IL DIRETTORE

Dott. Marco Nerattini



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.

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;

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

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 _____



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

- 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.



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

ALLEGATO 2 – IMPEGNO A COSTITUIRSI IN ATS [si prega di compilarlo 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)

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COSTITUIRSI IN ATS

Con riferimento al progetto relativo *all'Avviso sopra menzionato*

il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____ del soggetto

il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____ del soggetto

il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____ del soggetto

Dichiarano

l'intenzione di costituire un'A.T.S. tra i predetti, qualora la candidatura dai medesimi presentata sia ammessa e l'A.T.S. sia quindi inserita nell'elenco degli erogatori indicando come capofila:

Luogo e data

_____, _____

Firma di tutti i legali rappresentanti
dell'A.T.S. costituenda

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



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

ALL. 3 FORMAT CONVENZIONE

Oggetto: 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)

CONVENZIONE

TRA

la Società della Salute di Firenze (C.F. - P.IVA 94117300486) avente sede legale in 50122 Firenze - Piazza della Signoria n. 1, per il tramite del suo Direttore, Dott. Marco Nerattini nato a Porretta Terme (BO) il 05/08/1963 e domiciliato per la carica presso la sede operativa di Viale della Giovine Italia, n. 1/1, in qualità di soggetto attuatore del **“PROGETTO ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE AREA DISABILITÀ E/O AUTISMO”** - (CODICE CUP PROGETTO AUTISMO F19G23000380001) - codice CIG : per ragioni tecniche legate all'aggiornamento della piattaforma dei contratti pubblici, il CIG è in corso di acquisizione

E

la **Azienda USL Toscana Centro** (di seguito Azienda) (C.F. 06593810481) avente sede legale in 50122 Firenze - Piazza S.M. Nuova n. 1, rappresentata da Annalisa Ghiribelli, nata a Firenze il 20/06/1978 e domiciliata per la sua carica presso la sede dell'Azienda USL Toscana Centro, la quale interviene in questo atto, su delega del Legale Rappresentante esclusivamente in nome, per conto e nell'interesse dell'amministrazione che rappresenta;

E

l'Ente ____ di seguito denominato “Ente o ETS”, Partita IVA/CF ____ avente sede legale in ____, iscritto nel Registro unico nazionale del Terzo settore in data ____ con numero ____ rappresentato dal sig. ____, nato a ____ il ____ il quale dichiara di agire in nome e per conto dell'Ente medesimo

Premesso che:

- ai sensi dell'art. 55 comma 4 del D.Lgs n. 117/2017, con provvedimento del Direttore n. 79 del 14/12/2023 la SdS Firenze ha pubblicato un Avviso rivolto agli Enti del Terzo Settore al fine di acquisire manifestazioni d'interesse all'inserimento in due elenchi di operatori che la SdS intende formare per l'erogazione di prestazioni attinenti a pratiche motorie-sportive e/o di socializzazione nell'ambito di percorsi di inclusione sociale per persone con disabilità in generale (ELENCO AREA DISABILITÀ) e/o per persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in particolare (ELENCO AREA AUTISMO);
- l'inserimento negli elenchi non ha carattere selettivo ed ha il solo scopo di abilitare l'Ente, in possesso dei requisiti di cui all'Avviso SdS, ad essere potenzialmente scelto - per l'erogazione di attività motorie-sportive e/o di socializzazione - dai beneficiari di Voucher rilasciati dai servizi sociali e/o dai servizi specialistici SMA/SMIA aziendali;
- nell'Avviso è previsto che, durante la vigenza del Progetto, gli elenchi degli operatori

saranno aggiornati ogni qual volta giungano nuove candidature, purché in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso medesimo. L'operatore firmatario della presente convenzione verrà inserito provvisoriamente nei sopracitati elenchi in attesa di ritenerli definitivi una volta effettuate le verifiche dei requisiti richiesti nell'Avviso della SdS Firenze;

- L'Ente firmatario della presente convenzione ha manifestato l'interesse per il presente Avviso **CANDIDANDOSI per l'Elenco AREA AUTISMO** di cui al Codice CUP di Progetto F19G23000380001.

Tutto ciò premesso e considerato, si conviene e stipula quanto segue:

Art. 1 Accettazione dei termini in premessa

Le premesse, gli atti e documenti richiamati, ancorché non materialmente allegati, formano parte integrante e sostanziale della presente convenzione. L'Ente dichiara di avere piena e completa conoscenza dei predetti atti e documenti, di averli esaminati e letti e di confermare le affermazioni contenute in premessa.

Art. 2 - Finalità

La stipula della suddetta Convenzione è diretta alla realizzazione del "PROGETTO ATTIVITÀ MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE AREA AUTISMO" finalizzato a favorire percorsi di inclusione sociale promuovendo attività motorio-sportive e ludico-ricreative per persone con per persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in particolare.

Art. 3 - Oggetto della convenzione

Con la suddetta convenzione l'Ente, ove scelto dall'utente beneficiario del Voucher, s'impegna ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni di attività motorie-sportive e/o di socializzazione per le quali si è candidato, finanziate nell'ambito del "PROGETTO ATTIVITÀ MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE AREA AUTISMO", nel rispetto delle condizioni e modalità specificate nell'Avviso e nella presente convenzione.

Art. 4 - Attribuzione dei Voucher

1. L'attribuzione dei Voucher avverrà da parte dai servizi sociali e/o dai servizi specialistici SMA/SMIA aziendali.
2. L'elenco di riferimento, costantemente aggiornato, sarà sottoposto agli utenti beneficiari dei Voucher per consentire la scelta dell'Ente che fornirà loro le prestazioni dal medesimo offerte. Seguirà firma del Voucher da parte dello specialista e del beneficiario.
3. Il beneficiario del Voucher prenderà contatti con l'Ente individuato e verrà concordato un incontro conoscitivo ed una lezione di prova (che verrà conteggiata come primo accesso nel caso di effettiva utilizzazione del voucher).
4. Se viene confermata, da parte del beneficiario, la volontà di utilizzare il Voucher presso l'Ente, il Voucher viene trattenuto dall'Ente che provvederà a firmarlo ed a inviarlo all'Ufficio Progetti SdS alla mail progetti@sds.firenze.it.
5. L'Ufficio Progetti ratifica l'attribuzione formale del Voucher tramite lettera di incarico inviata all'Ente.

Tra la Società della Salute di Firenze e l'operatore è escluso ogni vincolo di subordinazione.

L'Ente scelto, qualora per raggiungimento dei limiti massimi di accoglienza sia impossibilitato a soddisfare la richiesta dell'utente, dovrà ricontattarlo non appena si apra la possibilità di accoglierlo, fatta salva la possibilità per l'utente di rivolgersi ad altro erogatore.

Art. 5 - Durata della convenzione

La presente convenzione rimane valida, alle medesime condizioni, fintanto che sussisteranno le esigenze cui è rivolto il Progetto in oggetto, nonché la disponibilità finanziaria residua.

Art. 6 - Impegni dell'Ente

L'Ente s'impegna:

- ad eseguire l'attività così come descritta nel progetto presentato in fase di candidatura che qui si richiama quale parte integrante e sostanziale della presente convenzione;
- ad impiegare nell'esecuzione delle attività operatori qualificati;
- ad accettare senza riserva alcuna l'Avviso pubblicato ed i relativi allegati;
- a garantire che le proprie finalità statutarie siano coerenti con l'ambito oggetto del progetto;
- a garantire la sussistenza e persistenza dei requisiti dichiarati al tempo della manifestazione di interesse, come espressi all'art. 6.1 dell'Avviso che qui, integralmente, si richiama;
- a realizzare gli interventi secondo quanto richiesto dall'Art. 3 dell'Avviso, assumendosi la responsabilità che siano eseguiti nel pieno rispetto di quanto pattuito;
- ad attivare un costante confronto con la SdS di Firenze, fornendo tutte le informazioni utili o anche solo opportune alla corretta esecuzione del progetto;
- ad informare la SdS di Firenze di ogni evento di cui è a conoscenza e che può causare ostacolo o ritardo alla realizzazione del progetto;
- ad assumere la responsabilità del passaggio di ogni informazione inerente il progetto, il budget o la rendicontazione;
- ad assumersi la responsabilità del monitoraggio quali-quantitativo del progetto, i cui esiti sono comunicati alla SdS di Firenze, secondo le modalità e i tempi previsti dal progetto;
- a garantire tempestività, correttezza e completezza della documentazione inviata per adempiere al monitoraggio e alle rendicontazioni consuntive delle spese proprie e delle mandanti che rappresenta;
- a conservare copia di tutta la documentazione inviata, sia propria, sia delle mandanti o Partner di progetto che rappresenta;
- a provvedere, laddove necessario, alla formazione degli operatori su precauzioni e procedure di prevenzione anti contagio secondo la normativa nazionale e regionale vigente in materia;
- a partecipare a momenti di programmazione, coordinamento e verifica previsti dalla SdS;
- ad inserire nell'oggetto di tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto la dizione "Progetto autismo + Nome e Cognome utente" e ad utilizzare, ove sia adottata la modalità criptata di invio mail ed allegati, la password che sarà fornita loro dall'Ente attuatore ed il codice identificativo dell'utente beneficiario, utilizzando nell'oggetto la dicitura: "Progetto autismo + codice utente".
- a raccogliere ed inviare alla SdS Firenze i dati necessari per predisporre i report finanziari, i consuntivi e ogni altro documento previsto dalla Convenzione o comunque richiesto dalla SdS, relativamente alla propria attività;

Art. 7 - Rendicontazione



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

L'Ente che ha erogato le prestazioni, sulla base di quanto indicato nel Voucher e nella lettera di conferimento di incarico, deve far pervenire mensilmente (entro il giorno 15) alla Società della Salute di Firenze la seguente documentazione giustificativa:

- **time card di rilevazione accessi relativi ai SOLI Voucher CONCLUSI nel mese precedente suddivise per utente**, con indicazione della data di accesso, firmate dall'operatore e controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio (o loro caregivers/tutori).
La quota erogabile all'Ente sulla base delle time card può arrivare fino ad un importo massimo di € 500,00 per ogni Voucher, e sarà calcolata, al netto dell'incontro conoscitivo, moltiplicando il costo unitario dell'accesso per il numero di accessi effettivamente espletato, ivi compresa la prova. Sarà comunque riconosciuto l'intero importo del Voucher nel caso sia intervenuto da parte dell'utente un 20% massimo di assenze.
- contestualmente all'invio delle time card, l'operatore è tenuto a trasmettere un unico File di riepilogo in cui vengono descritte, per ogni utente, gli accessi totali e il totale in euro delle prestazioni di cui alle time card allegate.

Ulteriori modalità di rendicontazione, modifiche o aggiornamenti potranno essere forniti all'Ente in fase di esecuzione del Progetto.

Le time card non compilate correttamente o che presentano incongruenze potranno essere rifiutate dalla SdS e quindi ritenute non ammissibili in fase di rendicontazione.

La fatturazione - elettronica o con note di debito - avverrà bimestralmente. La fattura/notula sarà relativa ai Voucher terminati - già controllati dall'ufficio amministrativo - dei due mesi precedenti, con le modalità previste dalla legislazione vigente che devono riportare:

- codice CUP di progetto (CODICE CUP PROGETTO AUTISMO F19G23000380001)
- codice CIG in corso di acquisizione;
- descrizione del Progetto: "VOUCHER SPORTIVI/SOCIALIZZAZIONE AUTISMO"
- i dati anagrafici relativi ai destinatari delle prestazioni (nome, cognome, data di nascita);
- il dettaglio dei Voucher erogati, specificando il totale in euro di ogni voucher per utente;

I costi relativi ai Voucher si intendono inclusi l'IVA (se dovuta).

Dovrà essere prodotta un'unica fattura elettronica per tutti i Voucher eseguiti e conclusi nel bimestre precedente.

La Società della Salute di Firenze verifica la correttezza e coerenza dei documenti e l'effettiva erogazione delle prestazioni.

L'operatore è interamente responsabile della tempestività, correttezza e completezza della documentazione inviata per adempiere al monitoraggio e alle rendicontazioni consuntive delle spese proprie ed è tenuto a conservare copia di tutta la documentazione inviata.

Per quanto ai punti precedenti i dati della Società della Salute di Firenze per l'invio della documentazione sono:

Azienda USL Toscana Centro - Piazza S. Maria Nuova n. 1 - C.A.P. 50122 Firenze - Codice Fiscale 06593810481 - Codice Univoco da indicare nel flusso di fatturazione elettronica IPA: UFL7WY-



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

Progetto VOUCHER SPORTIVI/SOCIALIZZAZIONE AUTISMO - CODICE CUP F19G23000380001 - Codice CIG attribuito all'operatore dalla SdS _____;

Ulteriori disposizioni sulle modalità di gestione operativa e di rendicontazione dei pacchetti di prestazioni di cui ai Buoni Servizio potranno essere comunicate dalla SdS durante il corso di svolgimento del Progetto.

Art. 8 - Pagamenti

Il pagamento viene effettuato entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura/notula nei limiti della disponibilità delle risorse aziendali residue.

Art. 9 - Cause di risoluzione

- a) La mancata attivazione del progetto nei tempi e modalità previste, così come la mancata osservanza degli altri obblighi previsti dalla presente Convenzione, può rappresentare causa di risoluzione della convenzione da parte della SdS.
- b) È fatto divieto di cedere totalmente o parzialmente le attività, al di fuori degli eventuali rapporti di partenariato, individuati in sede di presentazione della proposta progettuale, pena l'immediata risoluzione della Convenzione ed il risarcimento dei danni, e di quanto previsto dalla vigente disciplina di riferimento, in quanto applicabile.
- c) Con la sottoscrizione della presente Convenzione, l'Ente assume l'impegno - in attuazione del principio di buona fede - di comunicare alla SdS le criticità e le problematiche che dovessero insorgere al fine di poter scongiurare, ove possibile, le ipotesi previste dal presente articolo.

Art. 10 - Verifiche da parte della Società della Salute di Firenze

In merito alla realizzazione di quanto richiesto, è facoltà della Società della Salute di Firenze verificare che l'operato dell'Ente sia coerente con i contenuti e le modalità di attuazione del progetto e nel pieno rispetto dell'Avviso di riferimento e della normativa vigente in materia.

Art. 11 - Revisione della convenzione.

Nel corso di svolgimento del progetto, la SdS si riserva di aprire un tavolo di co-progettazione con l'Ente per procedere all'integrazione e alla diversificazione delle modalità di intervento alla luce di sopraggiunte e motivate esigenze. La revisione potrà essere richiesta motivatamente anche dall'Ente ed in tal caso la SdS potrà accettare o meno la proposta.

Art. 12 - Recesso dalla convenzione

Ciascuna delle parti può recedere dalla presente Convenzione con un preavviso di almeno 21 giorni. Nel caso receda l'Ente, questo è tenuto però a portare a termine i Voucher già in esecuzione. Nel caso receda la SdS, verranno riconosciute all'Ente solo le quote rendicontate sulla base delle attività svolte.

Art. 13 - Tutela della privacy e disposizioni sul trattamento dei dati personali

- Tutela della privacy: ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni, le parti contraenti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali, informatici e/o cartacei, al fine di adempiere a tutti gli obblighi di legge e di contratto comunque connessi all'esecuzione del rapporto instaurato con il presente atto.
I dati e le informazioni messi a disposizione dalla SdS ed acquisiti nel corso della collaborazione, dovranno essere considerati strettamente riservati e quindi non ne è

consentito l'uso per scopi diversi da quelli espressamente contemplati e rientranti nell'ambito del progetto.

I dati dei contraenti saranno, quindi, resi accessibili solo a coloro i quali, sia all'interno della SdS Firenze e del Soggetto Partner, sia all'esterno, ne abbiano necessità esclusivamente per la gestione del rapporto instaurato dal presente atto.

È diritto delle parti contraenti di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento oppure la rettificazione e di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Con la sottoscrizione del presente atto le parti contraenti esprimono il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali secondo le modalità e per le finalità sopra descritte.

- **Trattamento dati personali:** le parti si danno reciprocamente atto di conoscere e applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, tutte le norme vigenti e in fase di emanazione in materia di trattamento dei dati personali, sia primarie che secondarie, rilevanti per la corretta gestione del trattamento, ivi compresi il Regolamento UE 2016/769 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "GDPR" e il D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ciascuna delle parti, in relazione al trattamento dei dati si impegna a:

- Adottare misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate contro l'elaborazione non autorizzata o illecita, la perdita, il furto o il danneggiamento dei dati degli interessati;
- Non conservare i dati degli interessati per un periodo ulteriore rispetto agli scopi per cui sono stati raccolti e trattati;
- Non trasferire i dati degli interessati al di fuori dello Spazio economico europeo, a meno che tale trasferimento non sia lecito ai sensi della legislazione sulla protezione dei dati.

Ai fini della presente convenzione la Società della Salute di Firenze e l'Azienda USL Toscana Centro si qualificano quali co-titolari del trattamento ai sensi dell'art. 26 del Reg. UE 2016/679 ed in quanto tali designano l'Ente sottoscrittore quale Responsabile del trattamento in relazione alle attività oggetto della presente convenzione.

Durata, natura e finalità del trattamento, categorie di dati personali e di interessati, obblighi e diritti del titolare del trattamento sono disciplinati dell'atto redatto e sottoscritto, prima dell'inizio delle attività, ex art. 28 paragrafo 3 del Regolamento UE 679/2016 allegato alla presente, Allegato "Nomina Responsabile Trattamento Dati" costituendone parte integrante e sostanziale.

Le parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto della presente convenzione risponde ai principi di liceità e si impegnano, inoltre, a far sì che l'accesso ai dati personali sia consentito solo a soggetti appositamente nominati nella misura in cui sia necessario per l'esecuzione della presente convenzione.

Le parti sono tenute al rispetto dei propri obblighi ai sensi della normativa sulla Protezione dei Dati e si impegnano a fornirsi reciproco e ragionevole supporto per garantire tale rispetto nell'ambito della presente convenzione.

Art. 13 - Prevenzione della corruzione e trasparenza



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

Le parti si impegnano al rispetto della normativa nazionale sulla prevenzione della corruzione e trasparenza (L. n. 190/2012 e successivi decreti attuativi, in particolare DPR n. 62/2013 e D. Lgs. n. 33/2013) e nello specifico al rispetto dei rispettivi Piani triennali per la prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità, applicabili per la parte di specifica competenza e messi a disposizione sui siti istituzionali, sezione “Amministrazione trasparente”.

Art. 14 - Responsabilità

La SdS Firenze è sollevata da ogni responsabilità per gli eventuali danni che dovessero derivare al personale dell'Ente impiegato nell'attività di cui al Progetto, a meno che tali danni non siano riconducibili a una condotta colpevole della stessa SdS.

L'Ente esonera comunque e tiene indenne la SdS Firenze da qualsiasi impegno e responsabilità che a qualunque titolo possa derivare al primo nei confronti di terzi dall'esecuzione delle attività inerenti il Progetto oggetto del presente atto da parte del personale dipendente del Soggetto Partner stesso o del soggetto terzo di cui si avvale. La SdS Firenze esonera comunque e tiene indenne l'Ente da qualsiasi impegno e responsabilità che a qualunque titolo possa essere imputato alla SdS nell'esecuzione delle attività di competenza inerenti il Progetto, ad opera del proprio personale o del soggetto terzo di cui intende avvalersi.

A tal fine l'Ente, anche in nome e per conto delle eventuali mandanti rappresentate, ha stipulato polizza di assicurazione n. _____ rilasciata da _____ con i massimali di Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso prestatori d'opera (RCO) definiti tra le parti. La previsione di importo e di percentuali di scoperto o di franchigia e le relative condizioni non sono opponibili alla SdS Firenze.

Art. 15 - Domicilio e comunicazioni

Per tutte le comunicazioni e/o notificazioni previste dalla presente Convenzione o che comunque si rendessero necessarie in connessione con la medesima, sia in sede amministrativa che in sede contenziosa, la Società della Salute di Firenze elegge domicilio presso la propria sede operativa.

Tutte le comunicazioni inerenti la presente Convenzione dovranno avvenire via PEC all'indirizzo segreteria@pec.sds.firenze.it

In tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto deve essere inserita nell'**OGGETTO** la dizione **“PROGETTO ATTIVITÀ MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE AREA AUTISMO”**

Art. 16 - Rinvio alla normativa

Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente Convenzione si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Art. 17 - Esenzione di imposta

La presente Convenzione è esente da qualsiasi tipo di imposta o tassa ai sensi della legge 21 dicembre 1978, n. 845.

Art. 18 - Foro competente e clausola compromissoria

Le parti si impegnano a risolvere amichevolmente tra loro eventuali controversie derivanti dalla presente convenzione.

Per tutto quanto non previsto le Parti fanno riferimento alla legislazione e regolamentazione in materia.



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

Per qualunque controversia dovesse insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione, esecuzione e risoluzione della convenzione, sarà competente in via esclusiva il Foro di Firenze.

Art. 19 Disposizioni finali

La presente convenzione è da intendersi impegnativa per l'Ente e per la SdS Firenze dal momento della sua sottoscrizione, ed è soggetta a registrazione solo in caso d'uso.

L'imposta e le spese inerenti e conseguenti alla sua registrazione nei termini di legge sono interamente a carico della parte che ne avrà richiesto la registrazione stessa.

Letto, approvato e sottoscritto.

Firenze lì _____

Per la Società della Salute di Firenze

Per l'Azienda USL Toscana Centro

Per l'Ente *

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

ALLEGATI:

- "Nomina Responsabile Trattamento Dati"



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

ALLEGATO 4 – MODULO TRACCIABILITÀ [si prega di compilarlo digitalmente]

COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI
OBBLIGHI TRACCIABILITÀ MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)

Al Direttore della SdS di Firenze
V.le della Giovine Italia n. 1/1
50122 Firenze

La _____ (ragione sociale) con sede
via/piazza _____ n. _____ Città _____ Prov. (____)

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

avente la seguente forma giuridica: onlus associazione volontariato altro (specificare)

_____ Legale Rappresentante (Cognome, nome) _____

CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

ASSUME

➤ Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

➤ Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito [INDICARE SOLO UN CONTO]:

➤ _____ AG. n. _____ Città _____ Indirizzo _____

➤ codice IBAN: _____

➤ Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

➤ I dati dell'intestatario del conto corrente (*nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA*):

➤ I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

- a) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod.
Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);
- b) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod.
Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);
- c) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod.
Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);

DICHIARA

Di essere soggetto a DURC oppure non essere soggetto

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Firenze quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La _____ (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Firenze di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(timbro e firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero, **sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via FAX (055 2616259), email (direttore@sds.firenze.it), PEC (segreteria@pec.sds.firenze.it), tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

ALLEGATO 5 – MODULO RECAPITI [si prega di compilarlo digitalmente]

Oggetto: 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)

MODULO RECAPITI

Per Utenti:

- RECAPITO TELEFONICO DI REPERIBILITA' PER UTENTI: _____
- ORARI DI REPERIBILITA' DEL RECAPITO TELEFONICO (la reperibilità deve includere anche i giorni festivi e prefestivi): _____
- EMAIL: _____

Per comunicazioni interne con SdS Firenze:

- NOME RIFERIMENTO COORDINATORE OPERATIVO DEL PROGETTO:

- TELEFONO: _____
- EMAIL: _____

- NOME RIFERIMENTO COORDINATORE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO: _____
- TELEFONO: _____
- EMAIL: _____

- PEC PER INVIO VOUCHER: _____

Il sottoscritto, letto l'articolo 14 dell'Avviso, **AUTORIZZA** il titolare del trattamento dati ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto.

Firma Ente



ALLEGATO 6 – PATTO D'INTEGRITÀ

PATTO D'INTEGRITÀ

La Società della Salute di Firenze Codice Fiscale 94117300486 (di seguito denominata SdS)

e

_____ (di seguito denominato Operatore Economico)

con sede legale in _____ Via _____ n. ____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

rappresentato da _____ in qualità di _____

VISTO

- l'art. 1, comma 17 della legge 6 novembre 2012 n.190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i.;
- il Piano Nazionale Anticorruzione;
- il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) della SdS Firenze
- il Codice di comportamento della SdS Firenze

CONVENGONO QUANTO SEGUE

Articolo 1 – Finalità del Patto

Il presente "Patto di Integrità" rappresenta una delle misure di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dei contratti, accordi e/o partnership istituzionali stipulati dalla Società della Salute di Firenze (di seguito anche SdS).

Stabilisce infatti la reciproca, formale obbligazione della SdS e dei contraenti di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza in tutte le fasi dell'accordo, dalla partecipazione alle (eventuali) selezioni alla esecuzione contrattuale.

La SdS, in adesione ai principi della trasparenza delle attività amministrative, secondo le modalità e condizioni indicate di seguito, verificherà l'adesione e l'effettiva applicazione del "Patto di Integrità" sia da parte dei contraenti, sia da parte dei propri dipendenti, collaboratori e consulenti.

Al fine della corretta attuazione del Patto di Integrità, ogni interessato potrà rivolgersi al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza della SdS per segnalazioni di eventuali inadempimenti o per ottenere informazioni e chiarimenti.

Articolo 2 – Destinatari

Costituendo obbligazione pre-contrattuale e contrattuale, sono identificati come destinatari del presente Patto - oltre ai dipendenti della SdS impiegati nelle procedure di selezione o identificazione del contraente e di verifica di esecuzione del contratto - tutte le controparti (siano essi persone fisiche o giuridiche) che:

- a) richiedano l'iscrizione negli Elenchi dei fornitori e/o erogatori, ove istituiti;
- b) presentino istanza di manifestazioni d'interesse o di partecipazione a procedure selettive per l'affidamento di contratti pubblici di fornitura, servizi o lavori (sopra e sotto la soglia comunitaria) anche nella forma della co-progettazione, ed anche nel caso in cui (e ad eventuale integrazione) per l'affidamento specifico sussista già un apposito Patto di integrità predisposto da altro soggetto giuridico (es., Centrali Uniche di Committenza...);
- c) partecipino a procedure di selezione per l'affidamento di incarichi professionali;
- d) stipulino con la SdS accordi, convenzioni o contratti di partnership per attività o progetti da realizzare congiuntamente (es. specifici progetti finanziati da fondi pubblici).

Tali soggetti sono indicati di seguito congiuntamente come "Operatori economici".



Naturalmente, il Patto è parimenti vincolante per il contraente selezionato, per effetto di espresso richiamo nel dispositivo contrattuale formalizzato.

L'adesione al presente patto è attestata dagli interessati alternativamente:

☒ mediante specifica dichiarazione, prestata nella domanda di partecipazione ovvero nell'offerta presentata;

☒ mediante specifica sottoscrizione con firma digitale del presente documento da parte dell'interessato contraente o di soggetto munito dei necessari poteri di rappresentanza legale.

Nel caso di Consorzi o Raggruppamenti Temporanei di Imprese, l'adesione o la sottoscrizione è effettuata dal legale rappresentante del Consorzio nonché da ciascuna delle Imprese consorziate o raggruppate.

Nel caso di ricorso all'avvalimento, l'adesione o la sottoscrizione è effettuata anche dal legale rappresentante dell'Impresa ausiliaria.

Nel caso di subappalto, il Patto di integrità va sottoscritto anche dal legale rappresentante del soggetto affidatario del subappalto medesimo.

La carenza della dichiarazione di accettazione del Patto di integrità o la mancata produzione dello stesso debitamente sottoscritto dal concorrente o contraente, sono regolarizzabili attraverso la procedura di soccorso istruttorio. Qualora l'interessato non ottemperi a quanto richiesto con la procedura di soccorso istruttorio, si applicano le sanzioni previste dal presente documento.

Articolo 3 - Riferimenti normativi

L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", art. 1 co. 17;

D. Lgs. 159/2011 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136", art. 83 bis, co. 3;

D. Lgs. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", art. 53, comma 16-ter;

Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.).

Articolo 4 - Riferimenti interni alla SdS di Firenze

Codice di comportamento reperibile sul proprio sito istituzionale al seguente link: [Atti generali | Società della Salute di Firenze \(comune.fi.it\)](#)

Misure per la prevenzione della corruzione e trasparenza vigenti nel tempo, reperibili sul proprio sito istituzionale al seguente link: [Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Società della Salute di Firenze \(comune.fi.it\)](#)

Articolo 5 - Dichiarazioni dell'Operatore economico

Con l'accettazione / sottoscrizione del Patto di Integrità, l'Operatore economico dichiara, per quanto in propria conoscenza:

☒ l'insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara o di selezione;

☒ di non avere influenzato il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto dell'avviso/bando o contratto/accordo o di altro atto equipollente, al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente o di regolamentazione del rapporto da parte della SdS;

☒ di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi a dipendenti della SdS che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della SdS nei propri confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

☒ di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e di non avere in corso né di avere praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa vigente;



di essere consapevole che gli obblighi di condotta del Codice di comportamento della SdS si estendono, per quanto compatibili, anche ai dipendenti e ad altro personale operante a qualsiasi titolo presso l'Operatore economico che operano presso la SdS.

Articolo 6 - Impegni dell'Operatore economico

Con l'accettazione/ sottoscrizione del Patto di Integrità, l'Operatore economico si impegna:

- di rendere noto il contenuto del presente patto a tutti i propri dipendenti e collaboratori che a qualsiasi titolo presteranno la propria attività in favore della SdS;
- di non ricorrere ad alcuna mediazione o altra opera di terzi finalizzata all'aggiudicazione e/o gestione del contratto;
- di uniformare la propria condotta ai principi di lealtà, buona fede, trasparenza e correttezza professionale;
- di informare puntualmente tutto il personale di cui si avvale del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti e a vigilare sul rispetto dei medesimi;
- di segnalare alla SdS:
 - qualsiasi situazione di conflitto di interesse anche potenziale e/o infortunio successivamente di cui sia a conoscenza, rispetto al personale della SdS e relativa alla fase di gara/selezione e di esecuzione del contratto;

di inviare, su richiesta della SdS, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto.

Gli obblighi di cui sopra, nelle fasi di esecuzione del contratto, si intendono riferiti all'Operatore economico con il quale la SdS abbia stipulato il contratto, il quale avrà l'onere di pretenderne il rispetto anche da tutti i propri eventuali subcontraenti e subappaltatori. A tal fine, la clausola che prevede il rispetto degli obblighi di cui al presente Patto di integrità, sarà inserita nei contratti stipulati dall'Operatore economico con i propri subappaltatori e subcontraenti.

Articolo 7 - Modalità di segnalazione

Le segnalazioni di cui all'articolo precedente, dovranno pervenire alla SdS mediante comunicazione diretta al RUP (Responsabile Unico del Procedimento), come identificato nelle singole procedure di selezione o contratti stipulati.

Ai segnalanti sono garantiti i più elevati standard di riservatezza in relazione alla loro identità.

Articolo 8 - Obblighi della SdS

La SdS si obbliga a rispettare i principi di lealtà, trasparenza e correttezza nei confronti degli Operatori economici. In particolare, i principi di comportamento richiesti ai propri esponenti sono dettagliati all'interno del proprio Codice di comportamento, cui si rinvia.

Qualora la SdS riceva una segnalazione in merito a condotte anomale, realizzate dal proprio personale in relazione al procedimento di selezione/gara ed alle fasi di esecuzione del contratto, aprirà un procedimento istruttorio per la verifica della suddetta segnalazione, nel rispetto del principio del contraddittorio.

Articolo 9 - Sanzioni per l'Operatore economico

L'assenza di formale adesione mediante specifica dichiarazione o sottoscrizione del Patto, salvo il soccorso istruttorio di cui all'art. 2, costituisce, per i soggetti di cui allo stesso articolo, causa di esclusione dalla qualifica o dalla fase di selezione.

La violazione degli impegni di cui all'art. 6 costituisce per tutti i soggetti di cui all'art. 2 causa di comminazione, anche in via cumulativa, di una o più delle seguenti sanzioni:

- di esclusione dalla fase di selezione, con escussione della eventuale cauzione provvisoria, ove prevista, se la violazione è accertata nella fase precedente alla conclusione del procedimento di selezione;
- di revoca dell'aggiudicazione ed escussione della cauzione, se la violazione è accertata nella fase successiva alla selezione ma precedente alla stipula del contratto;



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

☒ se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dell'appalto o di gestione del contratto:

- risoluzione del contratto, ai sensi degli artt. 1453 e 1456 c.c., con escussione della cauzione definitiva, ove prevista;

☒ segnalazione del fatto all'ANAC ed alle competenti Autorità.

La SdS ha la facoltà di non avvalersi della risoluzione del contratto qualora lo ritenga pregiudizievole per gli interessi pubblici ad esso sottesi. Sono fatti salvi, in ogni caso, l'eventuale diritto al risarcimento danno e l'applicazione di eventuali penali.

Le eventuali sanzioni:

☒ sono applicate in esito ad un procedimento di verifica condotto dal RUP/DEC nel corso del quale viene garantito adeguato contraddittorio con l'Operatore economico.

Nel caso in cui la violazione del presente Patto costituisca grave illecito professionale ed integri anche altre fattispecie di esclusione, la SdS potrà tenerne conto anche ai fini delle valutazioni relative alla partecipazione degli Operatori economici a future procedure di affidamento.

Articolo 10 - Disposizioni finali

Il Patto di integrità e le relative sanzioni si applicano dall'inizio della procedura di gara/selezione fino all'integrale esecuzione del contratto stipulato in esito alla procedura medesima, compreso l'eventuale periodo di garanzia di quanto fornito.

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la SdS e l'Operatore economico e tra gli stessi operatori economici sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

_____, li _____

(Firmato dal soggetto sopracitato)*

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



ALL. 7 DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ MORALE [si prega di compilarla digitalmente]

Oggetto: 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

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. _____
_____ iscritto nel Registro _____
_____ con il n. _____

SEZIONE II: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

MANIFESTA INTERESSE

A PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI CUI ALL'AVVISO IN OGGETTO in qualità di:

- a) partecipante all'ATS (Associazione Temporanea di Scopo)
 costituita
 costituenda
con l'ETS CAPOFILA _____
- b) partner
c) sostenitore
d) finanziatore

SEZIONE III - 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,



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE

DICHIARA

- di possedere la capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non avere situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
- di avere la propria sede operativa dove si svolge l'attività nel territorio di Firenze o zone limitrofe;
- di possedere comprovata competenza nell'/e ATTIVITÀ per la quale viene presentata la candidatura;
- 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 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 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;
- di fare ricorso a personale qualificato e adeguatamente formato nello svolgimento delle attività;

e infine **INDIVIDUA**

la seguente figura di riferimento per il Progetto:

- Nome e cognome: ____
- Mail: ____
- Recapito telefonico: ____

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

Luogo e data

_____, _____

Firma del legale rappresentante*

ALLEGATO 8 SCHEDA DI SINTESI

SCHEDA ATTIVITÀ: [INSERIRE NOME ATTIVITÀ]

INFORMAZIONI GENERALI				
Fascia d'età:	[indicare la fascia d'età e se l'anno deve essere compiuto o si segue il millesimo]			
Luogo di svolgimento:	[indirizzo e quartiere]			
Accessibilità:	Descrizione	SI / NO		
	Parcheggio dedicato			
	Barriere architettoniche			
	Vicinanza mezzi pubblici			
	Altro [specificare]			
	Altro [specificare]			
ATTIVITÀ DEL VOUCHER				
Breve descrizione:	[massimo tre righe e INDICARE SE VENGONO OFFERTI SERVIZI AGGIUNTIVI GRATUITI (es. servizio di trasporto)]			
Tipologia attività:	<input type="checkbox"/> individuale			
	<input type="checkbox"/> di gruppo	N. partecipanti:	[se di gruppo]	
Dettaglio voucher: <i>NB. è incluso sempre 1 incontro conoscitivo e 1 prova gratuita</i>	Descrizione	N.		
	Durata copertura voucher [mesi]:			
	Frequenza settimanale [volte/settimana]:			
	Durata del singolo incontro [ore]:			
EXTRA				
Costi extra necessari (a carico del beneficiario):	Descrizione	Costo		
		€ ,00		
		€ ,00		
		€ ,00		
		€ ,00		
Certificazione medica:	<input type="checkbox"/> necessaria <input type="checkbox"/> non necessaria			
INFORMAZIONI ENTE ORGANIZZATORE				
Nome Ente:				
Partner di progetto:				
Contatti:	Descrizione	Telefono	Mail	Orario reperibilità
	Responsabile del servizio			
	Segreteria/Front office			

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 65 del 11-09-2025

In pubblicazione all'Albo della Società della Salute dal 11-09-2025 al 21-09-2025

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005
in data 11-09-2025**