**ALLEGATO B– DOMANDA SOGGETTI AUTONOMI**

Al Sindaco del Comune di Cava de’ Tirreni

Capofila del Piano Sociale di Zona Ambito S2

Ufficio Protocollo Palazzo di Città – Piazza Abbro snc

84013 Cava de’ Tirreni (SA)

 **Mod. 1 Domanda di iscrizione nell’elenco delle Cooperative dell’Ambito S2 per l’Assistenza Specialistica per l’autonomia e la comunicazione agli alunni con disabilità (fac simile per soggetti autonomi)**

Il sottoscritto:

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante della società cooperativa/ Consorzio di cooperative denominato/a:

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

Indirizzo (sede legale) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al presente Avviso secondo la seguente forma:

 Cooperativa Sociale

 Consorzio di Cooperative

**Per essere iscritto nell’elenco dei fornitori di assistenza specialistica per l’autonomia e la comunicazione agli alunni con disabilità in situazione di gravità.**

A tale scopo, valendosi della facoltà concessagli dal DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

 che non sussiste a carico del soggetto partecipante alcuna causa di esclusione della capacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione di cui all’art. 38, 1° comma, lettere a)-b)-c)-d)-e)-f)-g)-h)-i)- l)-m)-m ter)-m quater) del D.Lgs. n. 163/2006;

 che ai sensi dell'art. 38, 2° comma, il dichiarante dovrà indicare tutte le condanne riportate, anche quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione.

 che l'impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è iscritta nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per le seguenti categorie di attività:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 che la Cooperativa Sociale o il Consorzio di cooperative, è iscritta nell’Albo Nazionale delle Cooperative con il seguente oggetto sociale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 di essere in regola con gli adempimenti connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori.

***Indicare le attività oggetto di iscrizione:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 che i soggetti di seguito elencati rivestono le cariche di rappresentanza della società (indicare il legale rappresentante):

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

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

 di possedere alla data di scadenza dell’Avviso tre anni di esperienza, in servizi socio-assistenziali e/o socio-educativi per conto di Enti pubblici e/o privati maturati negli ultimi tre anni antecedenti alla data di scadenza del presente avviso.

Gli operatori economici dovranno specificare per incarico di chi, per quale periodo, e per quale importo è stata svolta l'attività.

 di possedere un fatturato medio annuo, calcolato nel triennio antecedente l’Avviso, non inferiore a € 100.000,00 relativo ai servizi socio-assistenziali e/o socio-educativi resi per conto di Enti pubblici e/o privati.

***Indicare le generalità degli interessati. In caso di associazione di imprese o consorzio, i dati devono essere dichiarati da ciascun componente indicato come esecutore del servizio.***

***Indicare solo i soggetti tenuti alle dichiarazioni di cui all'art. 38 D.Lgs. 163/06.***

 di impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o a cose conseguenti all'attività del servizio con un massimale non inferiore a € 1.500.000,00 per sinistro entro 5 giorni dall’avvio dell’incarico di ogni singolo operatore specializzato.

**ELEZIONE DI DOMICILIO**

Per tutte le comunicazioni relative alla presente procedura si elegge il seguente domicilio:

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAX ATTIVO AUTORIZZATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **IL DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

**(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole che, se in seguito a verifica effettuata dal Piano di Zona Ambito S2 ex S3 Cava – Costiera amalfitana, la dichiarazione resa dal sottoscritto dovesse rivelarsi mendace, ciò comporterebbe la decadenza dal beneficio conseguito ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;

**DICHIARA**

che quanto riportato nella presente modulistica (“Mod.1” , “Mod.2”,“Mod. 3” ) corrisponde al vero.

**SI ALLEGA alla presente:**

Fotocopia del documento d'identità.

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IL DICHIARANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**