

DA COMPILARE SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE GESTORE

Alla Società della Salute
Zona Fiorentina Nord-Ovest
Via Gramsci, 561
50019 Sesto Fiorentino (Fi)

(PEC: direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it)

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE relativa all'“**AVVISO PUBBLICO CONTINUATIVO Raccolta di manifestazioni di interesse finalizzata al convenzionamento con la Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest (di seguito anche SdS) di strutture residenziali (c.d. “appartamenti per l'autonomia per adolescenti e giovani”) per la realizzazione di forme di accoglienza di adolescenti/giovani di età compresa tra i sedici e i ventuno anni in condizioni di difficoltà e/o disagio e/o nello status di minore straniero non accompagnato. (Art. 22, comma 1, lettera b), della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41).**

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. _____, nato/a in _____ il
giorno _____, e residente in _____

nella sua qualità di legale rappresentante dell'ente di seguito indicato ovvero procuratore dell'ente
di seguito indicato, giusta procura generale/speciale rilasciata in data _____ con atto rep n. _____
del dottore/dottoressa _____ notaio in _____

RAGIONE SOCIALE/DENOMINAZIONE: _____

FORMA GIURIDICA: _____

CODICE FISCALE: _____

PARTITA IVA: _____

CODICE INAIL, SEDE COMPETENTE E PAT: _____

MATRICOLA AZIENDALE INPS E SEDE COMPETENTE: _____

REGIME FISCALE: _____

ASSOGGETTAMENTO IMPOSTA DI BOLLO: (indicare i riferimenti normativi applicabili in
caso _____ di _____ esenzione):

SEDE LEGALE (C.A.P., CITTÀ, VIA E NUMERO CIVICO) : _____

EVENTUALE SEDE OPERATIVA: _____

POSTA CERTIFICATA (Obbligatoria): _____

RECAPITI: _____

con riferimento alla/alle seguente/seguinti struttura/e: (in caso di più strutture delle quali è
richiesta l'iscrizione, aggiungere righe e compilare i relativi campi)

DENOMINAZIONE STRUTTURA	INDIRIZZO	CAPACITÀ RICETTIVA MASSIMA (Numero persone)	NOMINATIVO E RECAPITO TELEFONICO DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA	NOMINATIVO E RECAPITO TELEFONICO DEL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

VISTO

l'Avviso pubblico continuativo denominato **“Raccolta di manifestazioni di interesse finalizzata al convenzionamento con la Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest (di seguito anche SdS) di strutture residenziali (c.d. “appartamenti per l'autonomia per adolescenti e giovani”) per la realizzazione di forme di accoglienza di adolescenti/giovani di età compresa tra i sedici e i ventuno anni in condizioni di difficoltà e/o disagio e/o nello *status* di minore straniero non accompagnato. (Art. 22, comma 1, lettera b), della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41)** approvato con _____

PRESENTA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE E CHIEDE

di convenzionarsi con la SdS con riferimento alla/alle struttura/e sopra menzionata/e indicando come termine di **durata la data del _____** (durata massima al **31/12/2027**).

A tale scopo, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. di rappresentare un ente e/o soggetto organizzato avente tra le proprie finalità istituzionali la prestazione di attività di natura socioassistenziale a favore di adolescenti/giovani di età compresa tra i sedici e i ventuno anni in condizioni di difficoltà e/o disagio e/o nello *status* di minore straniero non accompagnato, come da statuto e/o atto costitutivo allegato ovvero altro idoneo documento;
2. di aver proceduto alla Comunicazione di avvio di attività in data _____ al Comune di _____
3. che non sono stati adottati provvedimenti inibitori dell'attività avviata e che, in caso di provvedimenti conformativi dell'attività, questi sono stati ottemperati;
4. che non sussistono le situazioni previste dagli artt. 94 (Cause di esclusione automatica) e 95 (Cause di esclusione non automatica) del D.lgs. n.36/2023;
5. che non sussistono situazioni che determinano il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione e/o l'impossibilità di essere parte di rapporti con la PA;

DA COMPILARE SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE GESTORE

6. che l'ente non ha affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16 *ter*, del D. Lgs. 165/2001;
7. che sono stati richiesti i certificati penali del casellario giudiziario ai sensi dell'art. 25 *bis* del D.P.R. 313/2002 per il personale già in servizio e che non risultano le cause ostative ivi previste;
8. di soddisfare i requisiti richiesti e specificati nell'Avviso e negli atti ad esso allegati ed in particolare della scheda tecnica e dello schema di convenzione;
9. di aver preso visione e accettare incondizionatamente tutte le disposizioni contenute nell'Avviso e negli atti ad esso allegati ed in particolare nello schema di convenzione;
10. di non avere interessi finanziari, economici o altri interessi personali con riferimento alla convenzione in oggetto, ai sensi dell'art. 16 del D.lgs n.36/2023;
11. che non sussistono circostanze ulteriori che, secondo un canone di ragionevolezza e buona fede, devono essere conosciute da parte dell'amministrazione in quanto ritenute significative nell'ottica della categoria delle "gravi ragioni di convenienza" e del "potenziale conflitto di interessi" ai sensi degli artt. 6 e 7 del d.P.R. n. 62/2013, salvo quanto eventualmente dichiarato con specifica formale e distinta comunicazione;
12. che all'ente si applicano le norme che regolano il diritto al lavoro dei disabili (L. 68/1999)
☐ SÌ ☐ NO, per i seguenti motivi (*specificare*);
13. che, qualora le disposizioni indicate al punto precedente siano applicabili, l'ente risulta in posizione regolare in relazione agli obblighi ivi disposti;
14. di possedere la seguente esperienza pregressa nell'ambito dei servizi residenziali con finalità di accoglienza di adolescenti/giovani di età compresa tra i sedici e i ventuno anni in condizioni di difficoltà e/o disagio e/o nello *status* di minore straniero non accompagnato (*Si veda l'art. 4 n.6 Requisiti di partecipazione dell'Avviso; specificare la tipologia di esperienza; specificare un periodo temporale di riferimento, anche nel solo formato mese/anno; specificare l'ente, di natura pubblica, a favore del quale è stata svolta l'esperienza, ivi inclusa la SdS. In caso di più esperienze da dichiarare, aggiungere righe e compilare i relativi campi*):

Tipologia di esperienza	Periodo	Ente a favore del quale è stata prestata l'attività

DICHIARA

- ☐ di essere tenuto al pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ di non essere tenuto al pagamento dell'imposta di bollo, ai sensi della seguente disposizione normativa:
(*contrassegnare la voce applicabile al caso di specie; in caso di ente non tenuto al pagamento dell'imposta di bollo specificare il riferimento normativo dell'esenzione applicabile*);

DICHIARA, inoltre,
ai fini delle verifiche di competenza dell'Amministrazione, che i soggetti di cui all'art. 94 comma 3 del D.Lgs. 36/2023 sono:

☒ i soggetti titolari di poteri di amministrazione, rappresentanza, di direzione ivi compresi institori e procuratori generali, nonché i poteri loro conferiti, sono (es. *titolare, soci di s.n.c., soci accomandatari di s.a.s., membri del consiglio di amministrazione cui sia conferita la legale rappresentanza, membri del consiglio di gestione, procuratori dotati di ampi poteri, altri soggetti muniti di potere di rappresentanza o di direzione, ecc.*):

Cognome e nome	nat_a / data	Residenza	Codice fiscale	Poteri conferiti / qualifica

☒ i soggetti muniti di poteri di vigilanza o di controllo (es. *collegio sindacale, comitato di controllo, consiglio di sorveglianza, revisore contabile, organismo di vigilanza ex art. 6 del d.lgs. 231/2001*):

Cognome e nome	nat_a / data	Residenza	Codice fiscale	Poteri conferiti / qualifica

☒ rivestono la qualifica di Direttore Tecnico, i seguenti soggetti (*considerare anche coloro che svolgono tali funzioni nelle persone giuridiche socie*):

Cognome e nome	nat_a /	Residenza	Codice fiscale	Poteri conferiti /
----------------	---------	-----------	----------------	--------------------

DA COMPILARE SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE GESTORE

	data			qualifica

 che il socio unico è:

Cognome e nome	nat_ a / data	Residenza	Codice fiscale	Poteri conferiti / qualifica

N.B.: nel caso di socio persona giuridica indicare i soggetti muniti del potere di rappresentanza.

 che l'Amministratore di fatto è:

Cognome e nome	nat_ a / data	Residenza	Codice fiscale	Poteri conferiti / qualifica

In alternativa:

 ovvero indica la banca dati/pubblico registro da cui i medesimi possono essere ricavati in modo aggiornato alla data di presentazione dell'offerta è il seguente.....

 Dichiarazioni in caso di adozione di misure di self-cleaning: trasmette la relazione che illustra le misure di self cleaning adottate in relazione alle cause di esclusione;

DICHIARA, infine,

- di impegnarsi a mantenere tali requisiti per tutta la durata della convenzione;
- di impegnarsi a richiedere i certificati penali del casellario giudiziario ai sensi dell'art. 25 *bis* del D.P.R. 313/2002 per il personale impiegato anche in caso di variazioni;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque variazione dell'assetto organizzativo, strutturale e funzionale, anche in riferimento a quanto descritto nella scheda tecnica e suoi allegati, tramite PEC a questa Direzione, avente oggetto **“AVVISO PUBBLICO CONTINUATIVO Raccolta di manifestazioni di interesse finalizzata al convenzionamento con la Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest (di seguito anche SdS) di strutture residenziali (c.d. “appartamenti per l'autonomia per adolescenti e giovani”) per la realizzazione di forme di accoglienza di adolescenti/giovani di età compresa tra i sedici e i ventuno anni in condizioni di difficoltà e/o disagio e/o nello status di minore straniero non accompagnato. (Art. 22, comma 1, lettera b), della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41) – COMUNICAZIONE MODIFICAZIONI”**;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che possa potenzialmente determinare la perdita dei requisiti dichiarati, tramite PEC a questa Direzione, avente oggetto **“AVVISO PUBBLICO CONTINUATIVO Raccolta di manifestazioni di interesse finalizzata al convenzionamento con la Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest (di seguito anche SdS) di strutture residenziali (c.d. “appartamenti per l'autonomia per adolescenti e giovani”) per la realizzazione di forme di accoglienza di adolescenti/giovani di età compresa tra i sedici e i ventuno anni in condizioni di difficoltà e/o disagio e/o nello status di minore straniero non accompagnato. (Art. 22, comma 1, lettera b), della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41) – COMUNICAZIONE POSSIBILE VARIAZIONE REQUISITI”**.

Data, luogo,

Sottoscrizione

Si allega:

- carta di identità del firmatario (in caso di firma autografa);
- statuto/atto costitutivo;
- scheda tecnica e relativi allegati;
- altro (specificare).