



ALL. 1 MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse all'inserimento negli elenchi di operatori che la Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest intende costituire per l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- 1) prestazioni della tabella 1, della tabella 2 e della tabella 4 di cui al Progetto cofinanziato dal FSE+ nell'ambito dell'Avviso regionale: "Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura sociosanitari" (Decreto regionale n. 27538 del 22/12/2023) denominato "DO.NO 3.0"– Codice CUP I99G24000000006 – Codice progetto 312746;
- 2) prestazioni integrative di cui al progetto HOME CARE PREMIUM 2022 finanziato dall'INPS:

SEZIONE I: DATI IDENTIFICATIVI DEL CANDIDATO

[per gli operatori economici]

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 al n. _____ del RUNTS (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

oppure

iscritto al seguente Registro _____ con atto n.
_____ del _____

[per i singoli professionisti]

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

CF _____ in possesso di abilitazione
professionale in _____ e del seguente titolo di
studio _____

iscritto all'Albo professionale (ove previsto) _____

dal ____ / ____ / ____ con numero _____

P.IVA _____ Tel. _____,

e-mail _____ PEC _____

SEZIONE II: ISTANZA 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 partecipare al presente Avviso pubblico nella seguente forma:

- Operatore economico singolo
 Libero professionista
 Capofila di raggruppamento temporaneo
 costituito
 costituendo

Composto da:

Denominazione	Sede	CF

- Membro di raggruppamento temporaneo in cui il Capofila è l'Ente _____

di MANIFESTARE INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare una o più

AZIONI per le quali viene presentata la candidatura e la/le “tipologia/e d’intervento” per la quale/per le quali è accreditato/abilitato) ¹:

AZIONE 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di prestazione (a titolo esemplificativo)
<input type="checkbox"/> a) Servizi domiciliari professionali	<input type="checkbox"/> ADB/OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver
	<input type="checkbox"/> Infermiere	A) Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) B) Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice C) Somministrazione di terapia antibiotica o di terapia endovenosa farmacologica
	<input type="checkbox"/> Fisioterapista	A) Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver B) Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management
<input type="checkbox"/> b) Servizi residenziali	<input type="checkbox"/> Ricovero in RSA per 20 gg	Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell’accoglienza al domicilio dell’assistito

.. AZIONE 2 “Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza”

Tipologia di	Operatori	Tipologia di prestazione (a titolo esemplificativo)
--------------	-----------	---

¹ Si ricorda, come da Art. 5 dell’Avviso, che:

In caso di candidatura alla tipologia di intervento “Servizi professionali domiciliari” per tutte le tre Azioni:

- l’operatore economico concorrente singolo è implicitamente tenuto ad erogare tutte “tipologie di prestazioni” ivi comprese;
- il singolo professionista deve barrare esclusivamente la “tipologia di prestazione” per la quale si candida;
- l’operatore economico in raggruppamento temporaneo deve differenziare la candidatura nel modo seguente:
 - il mandatario dovrà barrare le “tipologie di intervento” per le quali manifesta l’interesse, nonché le tipologie di prestazioni che erogherà e per le quali è accreditato;
 - il mandante/i dovrà/dovranno barrare le “tipologie di prestazioni” che erogherà/erogheranno e per le quali è/sono accreditato/i.

intervento		
<input type="checkbox"/> <i>a)</i> <i>Servizi domiciliari professionali</i>	<input type="checkbox"/> ADB/OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver
	<input type="checkbox"/> PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
		Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico
	<input type="checkbox"/> Animatore/Educatore Professionale	Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzo della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale; stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore, stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del caregiver
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	
<input type="checkbox"/> <i>b)</i> <i>Servizi extra-domiciliari di gruppo</i>	<input type="checkbox"/> PSIC/NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso
	<input type="checkbox"/> Laureato in Scienze Motorie/Fisioterapista	Interventi di fisioterapista per AFA (<i>a gruppi chiusi di 2-10 persone</i>)
	<input type="checkbox"/> PSIC	Supporto psicologico alla famiglia (<i>a gruppi chiusi di 2-10 persone</i>)
	<input type="checkbox"/> <i>f)</i> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> <i>c)</i> <i>Servizi semi-residenziali</i>	<input type="checkbox"/> Centro diurno	giornata intera/mezza giornata (<i>con pranzo</i>)
	<input type="checkbox"/> <i>f)</i> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> <i>d1)</i> <i>Caffè Alzheimer</i> *	<input type="checkbox"/> Caffè Alzheimer	
	<input type="checkbox"/> <i>f)</i> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> <i>d2) Atelier Alzheimer*</i>	<input type="checkbox"/> Atelier Alzheimer	
	<input type="checkbox"/> <i>f)</i>	

	<i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> d3) <i>Musei per l'Alzheimer *</i>	<input type="checkbox"/> Musei per Alzheimer	
	<input type="checkbox"/> f) <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> e) <i>Servizi residenziali</i>	<input type="checkbox"/> RSA Modulo base (<i>servizio di trasporto (andata/ritorno incluso)</i>)	Ricovero di sollievo di 30 giorni
	<input type="checkbox"/> RSA Modulo specialistico (<i>servizio di trasporto (andata/ritorno incluso)</i>)	

•• AZIONE 4 “Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità”

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)
<input type="checkbox"/> a) <i>Servizi domiciliari professionali</i>	<input type="checkbox"/> ADB/OSA/OSS	Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità
	<input type="checkbox"/> Infermiere	Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo
	<input type="checkbox"/> PSIC	Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico
	<input type="checkbox"/> Educatore Professionale (sanitario o socio-pedagogico)	Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo
<input type="checkbox"/> b) <i>Servizi extra-domiciliari *</i>	<input type="checkbox"/> Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione	Giornata intera/mezza giornata (pranzo incluso)
	<input type="checkbox"/> c) <i>Servizio di trasporto</i>	

•• Prestazioni integrative di cui al progetto HOME CARE PREMIUM 2022 finanziato da INPS

Operatori
<input type="checkbox"/> ADB/OSA/OSS
<input type="checkbox"/> Educatore Professionale
<input type="checkbox"/> Fisioterapista
<input type="checkbox"/> Psicologo

[solo per gli operatori economici]

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di:

- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

- *l'attività di
 - Servizi extra-domiciliari di gruppo (AZIONE 2)
 - Centro Diurno (AZIONE 2)
 - Caffè Alzheimer (AZIONE 2)
 - Atelier Alzheimer (AZIONE 2)
 - Musei per l'Alzheimer (AZIONE 2)
 - Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione (AZIONE 4)

per la quale si è candidato prevede la seguente proposta progettuale:

- SEDE:

- GIORNI:

- ORARI:
 - TIPOLOGIA e QUANTITA' PERSONALE IMPIEGATO:
 - UTENTI ACCOGLIBILI CONTEMPORANEAMENTE:
 - ATTIVITA' PROPOSTE:
- Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse:

SEZIONE III – DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

DICHIARA inoltre

[per gli operatori economici]

- di essere accreditato a _____
n _____ del _____ conseguito presso _____
secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione DPGR n. 86/R del 11/08/2020 per la tipologia d'intervento per la quale si è presentata la candidatura, confermando che suddetto requisito permarrà per tutta la durata dell'eventuale accordo contrattuale.
- di rispettare quanto disposto dalla Delibera regionale toscana n. 224/2018 *[per gli operatori che si candidano ai servizi Caffè e Atelier Alzheimer AZIONE 2]* – accreditamento n. _____ del _____ conseguito presso _____
- di rispettare quanto disposto dalla normativa di settore ed alle disposizioni in materia *[per gli operatori che si candidano al servizio extra-domiciliare AFA AZIONE 2]*;
- di rispettare i requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente per i “servizi semi residenziali” *[Per gli operatori che si candidano al servizio Centro diurno]* - del _____ conseguito presso _____;
- di rispettare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria *[per le RSA che si candidano per i “servizi residenziali” AZIONE 1]* - del _____ conseguito presso _____;
- di rispettare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R, modulo base o modulo specialistico a seconda della presenza o meno di disturbi comportamentali *[per le RSA che si candidano per i “servizi residenziali” AZIONE 2]* - del _____ conseguito presso _____;
- l'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
- di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;

- di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
- che le proprie finalità statutarie sono coerenti con l'ambito oggetto della richiesta;
- di possedere comprovata competenza nell'ambito per il quale si richiede l'iscrizione, documentabile attraverso apposita dichiarazione di servizi svolti in Italia in contesti analoghi;
- 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;
- di dichiarare l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti in particolare al legale rappresentante e associati con poteri decisionali se trattasi di persone giuridiche;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità, ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/99;
- di garantire il rispetto della normativa sul collocamento obbligatorio ove applicabile;
- di possedere polizza assicurativa di legge che copra:
 - i danni arrecati dal personale (dipendente e volontario) ai destinatari dei Buoni servizio e a terzi;
 - il personale durante lo svolgimento della prestazione lavorativa;
 - la responsabilità civile e i danni arrecati dalla struttura ai destinatari dei Buoni servizio e a terzi.
- di dichiarare il pieno rispetto all'attuazione all'interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Ue 2016/679;
- 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 adeguarsi 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 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 e adeguatamente formato nello svolgimento delle attività;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse, l'Avviso regionale "Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura sociosanitari" (Decreto regionale n. 27538 del 22/12/2023), il format "Convenzione" e di accettare quanto in essi previsto;

[per i singoli professionisti]

- di possedere abilitazione professionale per la tipologia di prestazione per la quale si è presentata la candidatura;
- l'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
- di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;

- di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
- di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
- di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica;
- di dichiarare il pieno rispetto delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Ue 2016/679.
- di adeguarsi 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 possedere polizza assicurativa di legge che copra la responsabilità civile e i danni arrecati ai destinatari dei Buoni servizio e a terzi;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse, l'Avviso regionale "Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura sociosanitari" (Decreto regionale n. 27538 del 22/12/2023), il format "Convenzione" e di accettare quanto in essi previsto;

SEZIONE IV – DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-FINANZIARIA
(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)

DICHIARA

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- che non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2 lett. C del d.lgs. n. 231 del 08/06/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di non essere sottoposto a sequestro o confisca ai sensi dell'articolo 12- sexies del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, o della legge 31 maggio 1965, n. 575, ed affidato ad un custode o amministratore giudiziario o finanziario;

[per gli operatori economici]

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;
- (*per le cooperative*) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.
- in riferimento agli obblighi previsti dalla Legge 68/1999 in materia di inserimento al lavoro dei disabili [*scegliere SOLO una delle tre opzioni*]:

(*per gli operatori economici con un numero di dipendenti superiore a 50*)

Di produrre, a pena di esclusione, ai sensi dell'articolo 47, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2021 n.77 convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n. 108, copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale, ai sensi dell'art. 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006 n. 198, con attestazione della sua conformità a quello eventualmente trasmesso alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità, ovvero, in caso di inosservanza dei termini previsti dal comma 1 del medesimo art. 46, con attestazione della sua contestuale trasmissione alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità. Di presentare, inoltre, ai sensi dell'art. 17 della legge 12 marzo 1999 n.68, a pena di esclusione, la dichiarazione del legale rappresentante che attesti di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità.

(*per gli operatori economici con un numero di dipendenti compreso tra i 15 ed i 50*)

Di consegnare, entro sei mesi dalla conclusione della Convenzione (in caso di individuazione quale Ente scelto per la co-progettazione ed attuazione dell'intervento) la dichiarazione di ottemperanza agli obblighi della L. 12 marzo 1999 n. 68 in materia di disabilità e di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili unitamente ad una relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a loro carico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e di aver trasmesso detta relazione alle rappresentanze sindacali.

(*per gli operatori economici che occupano un numero di dipendenti inferiore a 15*)

Di non essere soggetti alla disciplina della L. 68/1999 ed ai relativi obblighi in materia di diritto al lavoro dei disabili.

[per i singoli professionisti]

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;

SEZIONE V – ULTERIORI DICHIARAZIONI

DICHIARA infine

- di aver preso visione ed accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse e in tutta la restante documentazione relativa alla presente procedura;
- di impegnarsi ad osservare e far osservare gli obblighi di condotta ai propri dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo, laddove presenti;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
- che la/le figura/e incaricata/e di intrattenere i rapporti e le comunicazioni con la SdS inerenti il Progetto è/sono:

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: _____

E S'IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

Il dichiarante allega la seguente documentazione:

1. “Manifestazione d'interesse” redatta dall’operatore singolo e, in caso di raggruppamento, anche da tutti i componenti, secondo il modello Allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
2. “Format della Convenzione” Allegato 2 siglato in ogni pagina per presa visione (in caso di raggruppamento temporaneo deve essere prodotto solo dal Capofila);
3. “Modulo tracciabilità flussi finanziari” Allegato 3;
4. “Modulo recapiti” Allegato 4;
5. “Modulo Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economica finanziaria” Allegato 5;
6. copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante/del libero professionista (in caso di raggruppamento temporaneo deve essere prodotto da tutti i componenti);
7. Avviso pubblico siglato in ogni pagina per accettazione (in caso di raggruppamento temporaneo deve essere prodotto solo dal Capofila);
8. *[Solo per i raggruppamenti temporanei da costituire]* “Modulo Impegno a costituire un raggruppamento temporaneo” Allegato 6 al presente Avviso, sottoscritto da tutti i componenti del raggruppamento che s’intende costituire (da integrare con il mandato collettivo speciale con rappresentanza al capofila prima della sottoscrizione della convenzione);
9. *[Solo per i raggruppamenti temporanei già costituiti]* copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al capofila;
10. *[Solo per i singoli professionisti]* “Modulo autocertificazione qualifica professionale” (allegando copia semplice dell’attestato) Allegato 7

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.*