# ALLEGATO A

CARTA INTESTATA SOGGETTO RICHIEDENTE

# ISTANZA DI PARTECIPAZIONE E AUTODICHIARAZIONI (D.P.R. 445/2000)

# AVVISO DI ACCREDITAMENTO PER L’EROGAZIONE DI INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA – INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI - A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITÀ RESIDENTI NEGLI 8 COMUNI DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 5 DI MELZO - ATS MILANO CITTA’ METROPOLITANA, DI CUI AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE TRIENNIO 2022-2024 – MISURA B1 E MISURA B2 (DGR 3917/2024).

Spett.le UFFICIO UNICO/UFFICIO DI PIANO

c/o Comune di Melzo, P.zza Vittorio Emanuele II,1

20068, Melzo (MI)

comunemelzo@pec.it

Il/la sottoscritto/a Nato/a il a

Residente a

In via/piazza

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nella qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Azienda/Associazione/Società sportiva/Altro

(specificare)

Con sede a

In via/piazza

Codice fiscale/P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | |

oppure

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

# CHIEDE

Di poter essere inserito nell’elenco degli Enti idonei ad erogare interventi di assistenza diretta – interventi integrativi sociali - secondo quanto stabilito dalla DGR 3719 del 30/12/2024, a favore di cittadini residenti nei Comuni afferenti all’Ambito Territoriale 5 di Melzo che fruiscano della Misura B1 e Misura B2 ed in particolare al fine di erogare interventi che afferiscono alle seguenti macroaree (selezionare una o più macroaree):

# Supporto e sollievo al *caregiver* familiare;

* **Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona.**

sul territorio dei seguenti Enti Locali appartenenti all’Ambito Territoriale 5 di Melzo:

* Comune di Cassano d’Adda;
* Comune di Inzago;
* Comune di Liscate;
* Comune di Melzo;
* Comune di Pozzuolo Martesana;
* Comune di Settala;
* Comune di Truccazzano;
* Comune di Vignate.

**A TAL FINE DICHIARA**

di possedere i requisiti di partecipazione definiti all’art. 8 dell’Avviso di cui in oggetto, approvato con determinazione n.277 del 09.04.2025 dal Responsabile del Settore Servizi alla Persona e Piano di Zona del Comune di Melzo e in particolare:

**Requisiti di ordine generale:**

1. assenza di ogni condizione che possa determinare l'esclusione dalla presente procedura e/o di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
2. essere in regola con la disciplina di cui alla L. 12 marzo 1999, n. 68 e successive modifiche ed integrazioni;
3. inesistenza di divieto di contrarre di cui all’articolo 53 comma 16 *ter* del D.Lgs. 165/2001, così come previsto dalla L. 6 novembre 2012, n. 190;
4. insussistenza nei confronti dei soggetti individuati dall’articolo 85 del D. Lgs. n. 159/2011, di cause di decadenza, di divieto o di sospensione di cui all’art. 67 e tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all’art. 84 dello stesso D.Lgs. 159/2011;
5. essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali;
6. non trovarsi, rispetto ad un altro partecipante alla medesima procedura, in una situazione di controllo o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale;
7. non aver subito alcun provvedimento interdittivo ovvero, in genere, restrittivo da parte dell’Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici;
8. insussistenza delle cause di esclusione di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023.
9. iscrizione nel Registro delle Imprese, tenuto dalla Camera di Commercio competente per territorio, per lo svolgimento di attività rispondenti a quelle oggetto della presente procedura ovvero iscrizione al RUNTS.

**Requisiti di idoneità e capacità professionale:**

1. Possedere i requisiti per l’esercizio dell’attività previsti dalla normativa vigente in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante;
2. iscrizione agli Albi e Registri, laddove previsto dalla legge, in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante.

☐ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscrizione all’Albo o Registro del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l’espletamento del servizio;
2. prevedere nel proprio statuto o nell’atto costitutivo lo svolgimento delle attività per cui si richiede l’inserimento nell’elenco dei fornitori;
3. essere in possesso di Polizza assicurativa RCT/O che assicuri idonea un’idonea copertura in caso di danni derivanti dall’attività ovvero di impegnarsi e, conseguentemente, procedere alla stipula della stessa entro 5 giorni dalla data di sottoscrizione dell’Accordo di Collaborazione, con adeguate coperture assicurative volte a garantire i beneficiari del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
4. aver svolto, con buon esito, per almeno 2 (due) anni, negli ultimi 5 (cinque) anni (antecedenti la data di pubblicazione dell’Avviso in parola), attività di assistenza ai disabili e/o attività socioeducative per disabili e/o socioassistenziali e/o sociosanitarie per disabili o attività analoghe e per minori (compilare la tabella in calce)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PERIODODA…..A……. | TIPOLOGIA AFFIDAMENTO | COMMITTENTE PUBBLICO /PRIVATO (nominativo, Codice fiscale, P.IVA, indirizzo, telefono) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   | €  |

**Requisiti di capacità economico-finanziaria (barrare la fattispecie di interesse):**

* Per le Società di persone, le Società di capitali, Società Cooperative, Cooperative Sociali, Imprese sociali, Consorzi, Raggruppamenti di imprese:
* possedere un fatturato globale medio annuo relativo a servizi analoghi a quelli previsti dalla presente procedura di € 25.000,00 complessivamente maturato negli anni 2022-2023

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNO**  | **IMPORTO ANNUO**  |
|   | €  |
|   | €  |
|   | €  |
| **SOMMA/2** | **€**  |

* Non trovarsi in stato di liquidazione giudiziale, di liquidazione coatta amministrativa, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'articolo 186-*bis* del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 (concordato con continuità aziendale), o, a proprio carico, di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
* Per le Organizzazioni Di Volontariato, Associazioni di Promozione Sociale, Associazioni Sportive dilettantistiche, Associazioni, Fondazioni e altre istituzioni a carattere privato non a scopo di lucro:
* essere in regola con gli adempimenti amministrativi e contabili stabiliti dal codice del terzo settore (Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117) ed avere redatto il bilancio relativo agli ultimi 2 esercizi, formato dallo stato patrimoniale, dal rendiconto, ai sensi dell’art. 13 del D.lgs. n. 117 del 03/07/2017;
* Non trovarsi in stato di liquidazione giudiziale, di liquidazione coatta amministrativa, di concordato preventivo, salvo il caso di cui all'articolo 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 (concordato con continuità aziendale) o, a proprio carico, di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni.

N.B.: In caso di forma aggregata temporanea o consorzio ordinario di partecipanti alla selezione i requisiti di ordine generale dovranno essere posseduti da ciascun soggetto partecipante al consorzio stesso, mentre nel caso di consorzi di cui alle lettere b), c) e d) dell'art. 65, comma 2, del D.lgs. 31.03.2023 - n. 36, dovrà essere posseduto dal consorzio e da ciascuna delle imprese designate dal consorzio quali esecutrici del servizio.

Allega alla presente:

* copia di copertura assicurativa RCT/O, ovvero impegno a produrla entro 5 giorni dalla data di sottoscrizione dell’Accordo di Collaborazione;
* autodichiarazione, *ex* D.P.R. 445/2000, delle regolarità previdenziale, contributive, retributive e assicurative.
* Copia del documento di identità del legale rappresentante e del Codice Fiscale.

Firma del legale rappresentante

***SCHEDA ANAGRAFICA IDENTIFICATIVA DELL’ENTE***

Denominazione

Indirizzo sede legale

Codice fiscale/P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefono Indirizzo e-mail

Indirizzo P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale sito web Indirizzo sede operativa

Telefono Apertura al pubblico nei giorni di dalle ore alle ore **Telefono per reperibilità telefonica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre sedi

Responsabile Amministrativo/Contabile Telefono Responsabile della sede operativa Telefono **Coordinatore del servizio**  Titolo di Studio Telefono

Indirizzo P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail