

Allegato A al Provvedimento del Direttore n. 18 del 02.02.2021

AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ENTE: SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni di cui alla tabella 1 dall'Avviso regionale: “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” (Decreto regionale n. 20130/2020) – Progetto “Help&Care.” Codice Progetto 273097

Art. 1 - Premessa

La Società della Salute Pratese indice un'istruttoria pubblica rivolta agli operatori economici che erogano servizi domiciliari socio-assistenziali/socio-educativi a domicilio anche in ambiente Covid-19 positivo nella Zona-Distretto Pratese per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco per l'erogazione di interventi relativi ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso regionale “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014-2020 Asse B Attività B.2.2.2.a e approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 20130 del 09.12.2020.

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute Area Pratese;
- soggetto/i erogatore/i: il/i soggetto/i individuato/i mediante il presente avviso in apposito elenco.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute Pratese attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art. 1, ed in particolare i servizi di cui all'art. 3 – Azione 3 - Tabella 1 dell'Avviso regionale.

E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata del Progetto FSE pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto stesso.

Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il **18.02.2021**. La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il **12.02.2021**.

L'Azione 3 dell'Avviso regionale finanzia buoni servizio per Attività socio-assistenziale/socio-educativa a domicilio anche in ambiente Covid-19 positivo.

Le risorse a disposizione della Società della Salute Pratese per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio di cui all'Azione 1 previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 700.000,00.

Art. 3 – Interventi finanziati tramite l'attribuzione di buoni servizio. L'Avviso regionale prevede il finanziamento, tramite l'attribuzione di buoni servizio, delle seguenti tipologie di intervento:

.Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio (Tabella 1 dell'Avviso Regionale)

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di prestazione
<i>Assistenza Domiciliare Integrata</i> <i>e</i> <i>Servizi di Assistenza Domiciliare SAD</i>	OSS/OSA/OTA/ ADB e figure equivalenti	Igiene e cura della persona in base ai suoi livelli autonomia e/o dipendenza; Cambio e rifacimento del letto; Aiuto nella corretta assunzione dei pasti; Aiuto per una corretta mobilitazione, deambulazione e utilizzo di ausili secondo le indicazioni degli operatori sanitari competenti; Educazione sanitaria al care - giver/famiglia; Supporto ed assistenza alle persone nei comuni compiti della vita quotidiana, con l'obiettivo del mantenimento e del potenziamento delle funzioni residue; Supporto e tutoraggio alla famiglia; Preparazione pasti; Cura dell'ambiente di vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti
	INFERMIERE	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive; Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice
	FISIOTERAPISTA	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management;
<i>Servizi socio-educativi a domicilio</i>	PSICOLOGO	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche nella fase di quarantena o malattia Covid-19
	EDUCATORE PROFESSIONALE e figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessità di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi ai DPI (Dispositivi Protezione Individuale), materiale di consumo e degli ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo, materiale protezione) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Ciascun destinatario potrà usufruire oltre che degli interventi di cui all’Azione 3 anche di quelli di cui all’Azione 1 e 2 dell’Avviso Regionale, sarà infatti possibile, ma non obbligatorio, combinare due o tre azioni su persone singole o sullo stesso nucleo familiare, ma l’importo massimo non potrà superare complessivamente **Euro 3.000,00** per nucleo familiare.

L’intervento sul singolo destinatario/nucleo familiare dovrà concludersi entro **6 mesi** dall’attivazione. Il piano di spesa previsto nel buono servizio è predisposto dal soggetto attuatore a seguito di valutazione e proposta effettuata da:

- Servizio Sociale Professionale;
- Agenzia di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio;
- UVM, UVMD, UVMT;
- Centro Diagnosi Disturbi Cognitivi

Per ogni destinatario del Buono servizio il soggetto attuatore predispone un Piano di spesa che non potrà essere di valore superiore ad € 3.000,00, anche se in combinazione con le altre Azioni Progettuali.

Il piano di spesa sarà formulato in base alle seguenti tariffe orarie (comprensivo di Iva se dovuta):

OSA/OSS/OSA/OTA/ADB e figure equivalenti	Euro 23,00
Psicologo	Euro 36,50
Educatore Prof.le/Animatore e figure equivalenti	Euro 24,50
Infermiere	Euro 24,50
Fisioterapista	Euro 35,00

Qualora l’erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal beneficiario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell’interruzione.

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Pratese agli aventi diritto fino a esaurimento delle risorse di cui all’art. 2 del presente Avviso e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa.

Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel Piano di spesa e sarà cura della Società della Salute Pratese verificarne il loro rispetto.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all’esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

Il soggetto attuatore verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano individualizzato e l’effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

Art. 4 – Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici accreditati all’erogazione di prestazioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e socio-educative, al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;

2. professionisti sanitari Infermieri, Fisioterapisti, Psicologi ed Educatori Professionali in possesso di abilitazione professionale.

L'erogazione degli interventi da parte del personale di cui al punti 1 e 2 può essere prevista secondo il Piano Personalizzato in qualunque giorno della settimana, compreso i giorni festivi e prefestivi, nell'orario 08,00- 20,00.

La Società della Salute Area Pratese selezionerà i soggetti in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, includendoli nell'apposito elenco dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento dell'attivazione dei servizi i soggetti scelti saranno chiamati a sottoscrivere una Convenzione con la Società della Salute Area Pratese, impegnandosi in tal modo ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate, la Convenzione avrà la durata del Progetto POR – FSE.

Ogni partecipante dovrà compilare il modello di manifestazione d'interesse e barrare le tipologie di prestazione che intende fornire.

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, comporta l'applicazione di penali la cui entità è definita in relazione alla mancata erogazione del pacchetto nei contratti con i singoli operatori. L'Ente attuatore procede tempestivamente alla contestazione dell'addebito per iscritto. L'erogatore può far pervenire le proprie controdeduzioni alla SdS entro il termine perentorio di 10 (dieci) giorni naturali e consecutivi dalla contestazione; decorso infruttuosamente detto termine, la penale può essere applicata. La penale può essere applicata anche qualora le giustificazioni fornite nel termine perentorio di cui sopra non siano ritenute adeguate.

L'applicazione di tre penalità costituisce sempre grave negligenza contrattuale e genera il diritto dell'Ente attuatore di procedere alla eventuale cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato.

L'operatore può recedere dalla Convenzione stipulata con la Società della Salute con un preavviso di almeno 21 giorni.

Gli interventi attivati dovranno comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

Art. 5 - Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute di Pratese, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: sdsareapratese@legalmail.it riportante nell'oggetto:

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” (Decreto regionale n. 20130/2020) – Progetto “Help&Care.””

Le proposte di adesione potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute Area Pratese.

Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:

- a.1 manifestazione d'interesse, redatta secondo i modelli allegato 1 o 2, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
- a.2 dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 redatta secondo il modello allegato 3 al presente avviso;
- a.3. documento d'identità del Rappresentante Legale o del Professionista;

La Società della Salute Area Pratese valuterà le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del **18.02.2021** e conterrà le proposte di adesione presentate entro il **12.02.2021** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Area Pratese (www.sds.prato.it).

La Società della Salute di Pratese valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente l'elenco degli operatori e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute di Pratese nel caso sia pervenute nuove adesioni.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail progetti@sds.prato.it.

Art. 6 – Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese:

- di servizi/prestazioni elencate all'art. 3 e previste nel piano di spesa del destinatario: non saranno considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa;
- di servizi/prestazioni erogati da operatori economici presenti nell'elenco della SdS/zona-distretto di riferimento;
- di servizi/prestazioni erogati e sostenuti durante la durata del progetto finanziato tramite l'Avviso a partire dalla data di assegnazione formale del buono (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente).

Le spese devono essere regolarmente documentate.

Art. 7 – Rendicontazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono rimettere al soggetto attuatore la seguente documentazione giustificativa:

- a) fatturazione elettronica secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- b) ricevute o note di debito cartacee per i soggetti non tenuti ad emettere fattura verso la P.A. in quanto non obbligati dalla normativa vigente.

Le fatture e le ricevute o note di debito devono riportare:

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);
- il codice di progetto FSE: **273097**;
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

c) time card degli operatori degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio: si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale al soggetto attuatore, con le modalità che saranno concordate alla stipula della Convenzione.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per singolo buono servizio realizzato.

Prato,

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE



ALLEGATO 1 (da compilare a cura degli operatori economici.)

Modello Manifestazione d'interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla tabella 1 dall'Avviso regionale: "Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19" (Decreto regionale n. 20130/2020) – Progetto "Help&Care." Codice Progetto 273097

POR Regione Toscana

FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B - Attività B.2.2.2.a

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / ___ / C.F. _____ residente in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____ in qualità di legale
rappresentante

di _____

avente sede legale in _____
(cap _____)

Via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____

Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

avente la seguente forma giuridica:

in possesso di accreditamento n _____ del _____ conseguito
presso _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione l'erogazione di prestazioni di cui alla tabella 1 dall'Avviso regionale: "Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19" (selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare).

Tipologia intervento	Operatori	Tipologia di prestazione	Si	No
<i>Assistenza Domiciliare Integrata e Servizi di Assistenza Domiciliare - SAD</i>	OSS/OSA/OTA/ ADB e figure equivalenti	Igiene e cura della persona in base ai suoi livelli autonomia e/o dipendenza; Cambio e rifacimento del letto; Aiuto nella corretta assunzione dei pasti; Aiuto per una corretta mobilitazione, deambulazione e utilizzo di ausili secondo le indicazioni degli operatori sanitari competenti; Educazione sanitaria al care - giver/famiglia; Supporto ed assistenza alle persone nei comuni compiti della vita quotidiana, con l'obiettivo del mantenimento e del potenziamento delle funzioni residue; Supporto e tutoraggio alla famiglia; Preparazione pasti; Cura dell'ambiente di vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	INFERMIERE	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive; Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FISIOTERAPISTA	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Servizi socio-educativi a domicilio</i>	PSICOLOGO	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche nella fase di quarantena o malattia Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EDUCATORE PROFESSIONALE e figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessità di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

. l'impresa / ente svolge attività di:

a. il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta in possesso delle qualifiche richieste dalla normativa vigente per il corretto svolgimento del/dei servizio/i indicati

b. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” (Decreto regionale n. 20130/2020)** e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiara-razione viene resa;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

SI 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

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.



ALLEGATO 2 (da compilare a cura dei singoli professionisti)

Modello Manifestazione d'interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla tabella 1 dall'Avviso regionale: "Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19" (Decreto regionale n. 20130/2020) – Progetto "Help&Care." Codice Progetto 273097

POR Regione Toscana

FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B - Attività B.2.2.2.a

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

_____ () il ___/___/___/

C.F. _____

Residente in _____ (CAP _____)

Via _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione l'erogazione di prestazioni di cui alla tabella 1 dall'Avviso regionale: "Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19" (selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare).

Tipologia intervento	Operatori	Tipologia di prestazione	Si	No
<i>Assistenza Domiciliare Integrata e Servizi di Assistenza Domiciliare - SAD</i>	INFERMIERE	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive; Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FISIOTERAPISTA	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Servizi socio-educativi a domicilio</i>	PSICOLOGO	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche nella fase di quarantena o malattia Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EDUCATORE PROFESSIONALE e figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessità di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

Di essere in possesso del seguente titolo di studio

_____;

Di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto)

_____ dal ____/____/____ con

numero _____;

c. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” (Decreto regionale n. 20130/2020)** e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti 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;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

(luogo e data) _____

(firma)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA

(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n. _____
legale rappresentante di _____

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

Dichiara

- .di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- .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,
- .l'insussistenza di condanne penali, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A., riferite al legale rappresentante e agli associati con poteri decisionali;
- . di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- . di essere in regola in materia assicurativa, infortunistica, e con le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- . 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 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

- 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 iscritto nel Registro cui è tenuto per legge;

- di essere accreditato secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per attività socio sanitarie per non autosufficienti;

- di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.