**marca da bollo (**ai sensi della normativa vigente, salvo eventuali

esclusioni previste)

Su carta intestata

**MODELLO C) DICHIARAZIONI**

da compilarsi a cura di ogni SOGGETTO NON CAPOFILA dei CONSORZI O RAGGRUPPAMENTI COSTITUENDI o di ogni SOGGETTO NON MANDATARIO di un RAGGRUPPAMENTO COSTITUITO

Il sottoscritto

Cognome Nome

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | sesso | |

nato/a a prov. | | | il | | |/| | |/| | | | |

stato cittadinanza

residente in prov. | | | stato

indirizzo n. C.A.P. | | | | | |

PEC / e-mail telefono fisso / cellulare

in qualità di ◻ Titolare ◻ Legale rappresentante ◻ Altro

della Ditta / Impresa / Società / Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall’art. 76 del medesimo DPR 445/2000

**DICHIARA**

* il possesso dei requisiti di ordine generale di cui agli articoli dal 94 al 98 del D. Lgs 36/2023 e s.m.i.
* l’osservanza delle disposizioni ex L. 68/1999 in merito alle norme che disciplinano il diritto del lavoro dei disabili
* di garantire le disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’articolo 3 della L. 136/2010
* di possedere almeno \_\_\_\_anni di esperienza nella gestione di servizi sociosanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali per conto di Enti pubblici

*Oppure*

* \_\_\_\_\_\_\_\_ anni di esperienza nella gestione di servizi sociosanitari domiciliari per privati

- di avere una dotazione organica:

* N. \_\_\_\_\_\_ OSS a tempo pieno o equivalente personale a tempo parziale impiegato da almeno tre anni in servizi sociosanitari
* di possedere un fatturato annuo per ciascun anno dell’ultimo triennio non inferiore ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, relativo a servizi socio-assistenziali e sociosanitari (pari al \_\_\_\_\_\_% dell’importo del fatturato del costituendo consorzio o raggruppamento, se del caso) e così ripartito:

Anno 2023 Importo Fatturato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Anno 2022 Importo Fatturato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Anno 2021 Importo Fatturato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

* di conoscere, accettare e impegnarsi a rispettare il Patto di Integrità delle Imprese (http://bandi.comune.torino.it/informazioni/patto-integrita) ed il Codice di Comportamento della Città (http://bandi.comune.torino.it/informazioni/codice-comportamento), fatte salve le modifiche introdotte dal D.Lgs. 36/2023

(Indicare riferimento normativo esenzione bollo se soggetto esente)

A tal fine, si allega la seguente documentazione (**i file devono essere nominati come indicato tra parentesi**):

* Copia documento identità del dichiarante (allegato C.1)
* Dichiarazione di applicazione del CCNL Cooperative sociali o in alternativa dichiarazione di equivalenza tra il CCNL applicato e quello delle Cooperative sociali (allegato C.2) redatta da professionista iscritto ad ordine professionale, tenendo presenti le indicazioni fornite dall’Anac nella nota illustrativa al Bando tipo n. 1/2023 (pagine 11,12 e 13) e pubblicata sul sito dell’Anac
* Dichiarazione in merito alle modalità con le quali sono garantite pari opportunità generazionali, di genere e di inclusione lavorativa per le persone con disabilità (allegato C.3)
* Dettaglio del fatturato annuo dell’ultimo triennio con indicazione dell’importo relativo ai servizi socio – assistenziali e /o sociosanitari, indicando le tipologie di prestazioni fornite e i beneficiari (allegato C.4)
* Dichiarazione di inesistenza delle cause ostative di cui al D.lgs. 159/2011 ss.mm.ii normativa antimafia (allegato C.5) (in bollo se dovuto)
* Carta dei servizi (allegato C.6)
* Organigramma (allegato C.7)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Firma del dichiarante

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