**MODELLO B) DICHIARAZIONI**

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

esclusioni previste)

Su carta intestata

Da compilarsi a cura del RICHIEDENTE **SINGOLO** – del **MANDATARIO** del CONSORZIO o del RAGGRUPPAMENTO COSTITUITO – del **CAPOFILA** in caso di RAGGRUPPAMENTO o CONSORZI COSTITUENDI

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 tre anni di esperienza nella gestione di servizi sociosanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali per conto di Enti pubblici

*Oppure*

* tre 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 (dichiarare solo il personale OSS direttamente assunto dal compilante, almeno 3 unità)
* un/a Coordinatore/trice tecnico/a che sia un/una professionista sociale o sanitario/a con diploma di laurea o equipollente, iscritto/a al relativo Albo professionale ove previsto, che abbia almeno due anni di esperienza nel coordinamento di 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 costituendo 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
* di impegnarsi a:
* sottoscrivere lo Schema di accordo allegato all’Avviso con la Città di Torino e l’Asl Città di Torino e rispettare le clausole in esso contenute
* sottoscrivere l’atto di nomina del responsabile esterno del trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679)
* rispettare regole, requisiti di qualità, modalità di erogazione e tariffari di cui al succitato accordo nella fornitura di servizi domiciliari acquistati direttamente dal beneficiario, anche in assenza di finanziamento pubblico
* assicurare la stabilità occupazionale del personale impiegato secondo quanto previsto dalla normativa in materia e in analogia - ove applicabile - con l’art. 57 del D.lgs. 36 del 2023 e in applicazione di quanto previsto dal CCNL Cooperative Sociali anche nel caso di subentro nella gestione di progetti domiciliari già in essere con un precedente fornitore che ha cessato la propria attività in accreditamento
* stabilire all’avvio del servizio e garantire durante tutta la durata del servizio accordi di collaborazione con almeno 2 Agenzie per il lavoro qualificate dall’Amministrazione
* garantire la disponibilità a collaborare con altri soggetti accreditati o convenzionati con la Città e l’Asl, inclusi i fornitori del sistema delle cure domiciliari sanitarie, e garantire accordi a tal fine con tali soggetti
* garantire la disponibilità al lavoro in rete con gli altri soggetti del territorio, con particolare riguardo agli enti di terzo settore e alle organizzazioni di volontariato
* garantire alle persone, che già ne usufruiscono al momento della pubblicazione dell’Albo, la continuità del servizio di telesoccorso e di teleassistenza con ogni mezzo, ivi compreso l’affidamento del servizio stesso agli attuali fornitori
* operare, su richiesta delle Amministrazioni, sia all’esito delle procedure di selezione sia in relazione a progettualità/eventi di natura straordinaria, su un territorio della Città di Torino diverso da quello indicato nella domanda di accreditamento
* costituire una garanzia, denominata «garanzia definitiva», a propria scelta sotto forma di cauzione o fideiussione con le modalità previste dall’art. 117 del D.Lgs. 36/2023 (ove compatibili), pari al 10 per cento dell'importo, come previsto dall’Avviso
* ottemperare entro 60 giorni dall’avvenuto accreditamento a tutti i requisiti previsti dal punto 6.3 dell’Avviso di accreditamento, inviando a tal fine apposita dichiarazione alle Amministrazioni contenente gli elementi per la relativa valutazione.
* garantire le prestazioni obbligatorie di cui all’Art. 7 così come meglio declinate al punto 7.1 dell’ Avviso di accreditamento, accettando le tariffe, modalità e tempi di attivazione in esse indicate
* garantire almeno due tra le seguenti prestazioni previste all’art. 7 dell’Avviso:
* Nidi d’infanzia
* Micronidi
* Nidi in famiglia
* Baby Parking
* Sezioni primavera
* garantire le prestazioni accessorie eventualmente indicate e declinate nel progetto di cui all’art. 11.2 dell’Avviso

(Indicare il riferimento normativo in caso di esenzione bollo)

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

* Curriculum Vitae del Coordinatore/rice Tecnico/a (allegato B.1)
* Dichiarazione di applicazione del CCNL Cooperative sociali o in alternativa dichiarazione di equivalenza tra il CCNL applicato e quello delle Cooperative sociali (allegato B.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 B.3)
* Dettaglio dei contratti/fatture che dimostrino almeno tre anni di esperienza nella gestione di servizi sociosanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali per conto di Enti pubblici o tre anni di esperienza nella gestione di servizi sociosanitari domiciliari per privati (allegato B.4)
* 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 B.5)
* Dichiarazione con indicazione dei servizi che si intende affidare a terzi ad esclusione della prestazione dell’OSS e della funzione di coordinamento (allegato B.6)
* Dichiarazione di inesistenza delle cause ostative di cui al D.lgs. 159/2011 ss.mm.ii normativa antimafia (allegato B.7) (in bollo se dovuto)
* Carta dei servizi (allegato B.8)
* Organigramma (allegato B.9)
* Accordi di collaborazione, protocolli di intesa e convenzioni con altri soggetti debitamente sottoscritti tra le parti (allegato B.10)

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

Firma del dichiarante

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

FIRMA PER PRESA VISIONE (in caso di Raggruppamenti o Consorzi non ancora costituiti)

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

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

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