**ALLEGATO A**

FAC-SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’ALBO DELL’ASP “Castriota e Corroppoli”

 Spett.le

 Asp “Castriota e Corroppoli”

Il/La/i sottoscritto/a/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante della Cooperativa sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_, C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice attività

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CHIEDE/CHIEDONO

Che la Cooperativa sociale/ Consorzio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venga/vengano inserita/i nell’albo delle Cooperative sociali accreditate per l’affidamento dei servizi socio-assistenziali dell’ASP per le seguenti categorie (barrare 1 o più caselle):

1. Servizio Anziani: servizi di base e servizi socio-sanitari sia in strutture residenziali che semiresidenziali, altra tipologia di servizi, modello tipo “Casa di Riposo” e “RSA”;
2. Servizi Disabili: servizi di base, servizi socio-sanitari, servizi di assistenza scolastica e servizi socio-riabilitativi sia in strutture residenziali che semiresidenziali; altri interventi per la piena integrazione, modello tipo “Centro Diurno per disabili”;
3. Servizi Residenziali per cittadini affetti da disturbo della personalità e/psicofisici, che comportano ricovero in strutture h 24, modello “RSA per Disabili - Dopo di Noi”.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità e

delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo decreto per false attestazioni e

dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

* Che la Cooperativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti generali richiesti dal bando ed in particolare:

a) costituzione giuridica ai sensi della legge 381/1991;

b) iscrizione nel Registro delle Imprese, tenuto dalla Camera di Commercio competente per territorio, per l’attività prevalente oggetto del/dei servizi oggetto della richiesta di accreditamento;

c) iscrizione nell’Albo delle società cooperative presso il Ministero delle attività Produttive - Sezione Cooperative Sociali e albo regionale delle Cooperative sociali;

d) possesso dei requisiti di ordine generale, ai sensi dell’art. 80 del D.Lgs. 50/2016;

e) possesso di sede operativa nella Provincia di Foggia.

Allegati

relazione contenente:

* descrizione analitica delle prestazioni di servizio effettuate, evidenziando le attività svolte nell’area specifica per cui si richiede inserimento nell’albo. I dati forniti dai soggetti proponenti verranno trattati, ai sensi della normativa vigente, esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento delle procedure relative al presente avviso;

* Curriculum Vitae della Cooperativa Sociale;
* copia fronte retro di un documento in corso di validità.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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