Luogo, ../../2021

Spettabile

**Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona**

**Oggetto**: *Avviso pubblico del 21/05/2021, di cui alla D.D. n. 2021/16 del 20/05/2021, di indizione della procedura ad evidenza pubblica per l’istituzione di un Albo di enti accreditati per l’erogazione del Servizio Sperimentale “ALLOGGIO PER L’AUTONOMIA DI PERSONE CON DISABILITÁ” nei Comuni dell’Ambito Territoriale di Valle Camonica* – **Domanda di partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica.**

Il sottoscritto ………………., nella qualità di legale rappresentante p.t. di ……………, in relazione all’Avviso pubblicato dalla Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona della Valle Camonica in data 21/05/2021, con la presente domanda intende partecipare alla procedura ad evidenza pubblica in oggetto.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm., consapevole delle responsabilità derivanti dall’aver reso dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

1) i dati identificativi del/della ……………………………….., da me rappresentata/o:

a) denominazione: ………………………;

b) natura giuridica:

☐ Associazione ☐ Cooperativa sociale/Consorzio di cooperative sociali

☐ impresa sociale ☐ ETS ☐ Altro (specificare: …………………..);

c) sede legale e riferimenti: Via/Piazza ……….., n. ……., CAP ………. Città ……………..; indirizzo PEC ………….@..............;

d) P. IVA ……………………………, C.F. ……………………;

e) altri legali rappresentanti p.t. ………………………………..;

f) attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto): ………………..;

g) attività secondarie: ……………………………….;

h) n. …. iscrizione nel/i Registro/i di appartenenza (ove esistente e tenendo conto di quanto previsto per gli ETS dal d. lgs. n. 117/2017 e ss. mm.);

i) recapiti telefonici: tel: ………………; fax: …………………..

2) di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti di ordine generale, di idoneità professionale, di capacità tecnica ed economica, previsti dall’Avviso pubblico;

3) di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l’Avviso pubblicato dalla Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona ed i relativi Allegati;

4) che nei confronti dell’Ente rappresentato non sussiste alcuna delle ipotesi previste dall’art. 80 del decreto legislativo n. 50/2016 e ss. mm., analogicamente richiamato nella procedura alla quale si intende partecipare, e che tale dichiarazione è resa per sé e per tutti i soggetti contemplati dalla richiamata disposizione

(in alternativa)

- che nei confronti dei seguenti soggetti ……………………… opera la seguente causa di esclusione, prevista dall’art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 ……………………….;

- che, pertanto, l’Ente dal sottoscritto rappresentato ha attivato apposita condotta dissociativa, come desumibile dalla documentazione Allegata [Allegato n. ….];

5) che nei confronti dell’Ente dal sottoscritto rappresentato non è in corso alcuna procedura concorsuale, prevista dalla legislazione vigente (a titolo esemplificativo: liquidazione coatta amministrativa e volontaria, concordato preventivo con e senza continuità, fallimento, scioglimento);

6) di non versare in alcune delle ipotesi di conflitto di interesse, previste dalla vigente disciplina nei confronti dell’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona;

7) di impegnarsi a comunicare alla ATSP qualsiasi modificazione relativa all’Ente dal sottoscritto rappresentato;

8) di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazione avverranno esclusivamente a mezzo PEC all’indirizzo indicato nella presente domanda;

9) di autorizzare il Responsabile della Privacy della ATSP al trattamento dei dati relativi all’Ente dal sottoscritto rappresentato, unicamente ai fini dell’espletamento della presente procedura, ai sensi della vigente disciplina di settore;

10) di voler partecipare alla presente procedura con riferimento alle seguenti attività contemplate dalle Sezioni dell’istituendo Albo [**barrare le caselle di interesse**]:

* Sezione “B”: *Servizi Diurni e Residenziali per la Disabilità*.
* *Sott-SEZIONE B5: Alloggi per l’autonomia di Persone con Disabilità (AP);*

A tal fine **allega**:

1. documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante p.t., sottoscritto;
2. copia dello Statuto e degli altri eventuali atti societari/associativi rilevanti;
3. (eventuale) atto/provvedimento di dissociazione rispetto ad un amministratore/associato, ai sensi dell’art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016;
4. copia del Disciplinare di accreditamento e dello schema di convenzione sottoscritti per accettazione;
5. Carta dei servizi.
6. Allegato 1 - Scheda Anagrafica
7. Allegato 2 - Requisiti Organizzativi Tecnici e Gestionali
8. Allegato 3 - Scheda Personale di Ruolo
9. Allegato 4 - Scheda Personale Sostituzioni
10. Allegato 5 - Scheda Personale Volontario
11. Allegato 6 - Qualifiche Professionali

(nome ) ……………………….

(……………………)

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