### Spett.le COMUNE DI IGLESIAS

Settore II - Politiche Sociali e Giovanili

VIA ISONZO 5 – 09016 IGLESIAS

Procedura aperta per “LA GESTIONE DE SERVZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE ASSOCIATA”

### Modello B

### DICHIARAZIONE SUI REQUISITI TECNICO-ORGANIZZATIVI

Con espresso riferimento all’impresa che rappresenta, si rende la seguente dichiarazione sostitutiva ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ , domiciliato per la carica nella sede dell’impresa che rappresenta, il quale rende la presente dichiarazione nella sua qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e quindi legale rappresentante della società/impresa individuale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### DICHIARA DI AVER SVOLTO I SEGUENTI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Committente | Descrizione del servizio | Periodo contrattuale | Importo contrattuale |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. DICHIARA DI AVER FATTURATO NEGLI ULTIMI TRE ESERCIZI I SEGUENTI IMPORTI:

|  |  |
| --- | --- |
| Esercizio | Importo fatturato |
| 2015 |  |
| 2016 |  |
| 2017 |  |

1. DICHIARA DI GARANTIRE I SEGUENTI OPERATORI PER IL SERVIZIO IN OGGETTO:

|  |  |
| --- | --- |
| N° Operatori | Qualifica |
|  | Referente tecnico |
|  | Operatore socio-sanitario; |
|  | Assistente domiciliare e dei servizi tutelari |
|  | Assistente riconosciuto dall’Ufficio del Lavoro con più due anni di esperienza |
|  | Operatore generico |
|  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

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

*Timbro e firma del Legale Rappresentante*

***Avvertenza: Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante (carta d'identità, patente di guida, rilasciata dalla Prefettura, o passaporto) ai sensi del 3° comma art. 38 del DPR 445/2000***