



SOCIETA' della SALUTE SENESE

Sede Legale: Via Pian D'Ovile 9/11 -53100 Siena – C.F./ P.IVA 01286940521

I soc: AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E I COMUNI (ASCIANO, BUONCONVENTO, CASTELLINA IN CHIANTI, CASTELNUOVO BERARDENGA, CHIUSDINO, GAIOLE IN CHIANTI, MONTALCINO, MONTEGGIONI, MONTERONI D'ARBIA, MONTICIANO, MURLO, RADDA IN CHIANTI, RAPOLANO TERME, SIENA, SOVICILLE)

Allegato "B" alla determina n.del.....

**Al Direttore della SdS Senese
Via Pian D'Ovile 9/11
53100 Siena**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
nell'Albo dei Soggetti Fornitori per la Società della Salute Senese qualificati per la
gestione degli Inserimenti Socioterapeutici**

DATI Associazione / Ente / Azienda / Cooperativa /altro soggetto Ospitante_____	
DENOMINAZIONE	
NATURA GIURIDICA	
INDIRIZZO	
COMUNE	
REFERENTE	
TEL.	
E-MAIL	

CHIEDE

di essere iscritto nell'Albo dei Soggetti Fornitori per la Società della Salute Senese qualificati per la gestione degli Inserimenti Socioterapeutici.

A tale scopo consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e smii, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo d.p.r. 445/2000 e smii:

DICHIARA

che l'Associazione /Ente/ Azienda /Cooperativa/ o altro soggetto ospitante:

- esercita prevalentemente la propria attività sul territorio di competenza della Società della Salute Senese e territori limitrofi o/ed a favore di questa popolazione locale;
- ha una comprovata esperienza, nelle attività che saranno proposte pari ad anni ____ garantendo inoltre:
 - un numero di personale sufficiente alla completa soddisfazione dei bisogni dell'utente in relazione agli obiettivi previsti nel PARG;
 - che il rapporto con il personale dipendente o collaboratori è regolato dai contratti di lavoro in vigore e/o dalle normative previdenziali e fiscali in materia;

- la disponibilità di attrezzature idonee;
- di essere in regola, alla data odierna, con i versamenti dei contributi INPS e INAIL a favore del personale impiegato nelle attività cui il concorrente è tenuto secondo la normativa vigente;
- di essere in regola, alla data odierna, con i versamenti dei contributi INPS e INAIL a favore del personale impiegato nelle attività cui il concorrente è tenuto secondo la normativa vigente;
- che le finalità statutarie sono compatibili con gli interventi predisposti dall'avviso.

Si dichiara inoltre:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ in qualità di legale rappresentante dell'Ente _____

- Dichiaro la correttezza e veridicità di quanto riportato nella scheda;
- Dichiaro di aver preso visione dell'Avviso pubblico e di accettarne il contenuto;
- Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Luogo, data e firma del Legale Rappresentante

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.