

## AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

### Avviso di manifestazione d'interesse rivolto a strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordo contrattuale per prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per minori - ambito territoriale Firenze

L'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata Azienda, rende noto che intende, con il presente avviso, individuare strutture accreditate per prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per utenti minori per l'ambito territoriale di Firenze, ai fini della stipula di un accordo contrattuale, in esecuzione della delibera del Direttore Generale n.464 del 30.04.2026, esecutiva ai sensi di legge.

La manifestazione di interesse oggetto del presente avviso è indetta nel rispetto dei principi di imparzialità, economicità, efficacia, trasparenza, proporzionalità, pubblicità, libera concorrenza, non discriminazione e nel rispetto dei vincoli di buona amministrazione, come previsto dalla Legge 241/1990 e ss.mm.ii., artt. 1 e 12, Legge n. 190/2012 e D. Lgs. n. 33/2013.

#### 1. Oggetto e durata dell'accordo

L'Azienda USL Toscana Centro intende stipulare accordo contrattuale, per prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per utenti minori per l'ambito territoriale di Firenze, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs.vo 502/1992 e ss.mm.ii., come di seguito specificato:

A) **PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI PER UTENTI IN PREVALENZA CON SINDROME DI DOWN E DISABILITA' INTELLETTIVE AFFINI** per un tetto max annuo complessivo di € 310.000,00, come di seguito:

- ✓ *Prestazioni ambulatoriali altro minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali di gruppo minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali complesse minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni domiciliari minori ex DGRT 1476/2018*

L'ubicazione della struttura deve essere nell'ambito territoriale di Firenze, preferibilmente quartiere 1.

B) **PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI PER UTENTI IN PREVALENZA CON SORDITA', DISTURBI E RITARDO DEL LINGUAGGIO E DELL'APPRENDIMENTO E DISABILITA' INTELLETTIVE AFFINI** per un tetto max annuo complessivo di € 616.138,17, come di seguito:

- ✓ *Prestazioni ambulatoriali altro minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali di gruppo minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali complesse minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni domiciliari minori ex DGRT 1476/2018*

L'ubicazione della struttura deve essere nell'ambito territoriale di Firenze, preferibilmente quartiere 2.

Per entrambe le tipologie A e B sono previste anche eventuali prestazioni ambulatoriali di teleriabilitazione, su richiesta della struttura ASLTC.

Tutte le suddette prestazioni sono destinate ad utenti in via prioritaria della UFC Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Firenze.

La struttura dovrà erogare le suddette prestazioni ambulatoriali e/o domiciliari, come da PTRI (progetto terapeutico riabilitativo individuale).

Il contratto avrà durata con decorrenza dalla data di sottoscrizione e scadenza **31.12.2027**, con possibilità di proroga di n. 6 mesi.

## 2. Tariffe

Per le prestazioni oggetto del presente avviso sono applicate le seguenti tariffe ex D.G.R.T. n. 1476/2018:

- ✓ Prestazioni ambulatoriali di gruppo minori € 17,41
- ✓ Prestazioni ambulatoriali altro minori € 49,26
- ✓ Prestazioni ambulatoriali complesse minori € 59,52
- ✓ Prestazioni domiciliari minori € 62,09

Le prestazioni ambulatoriali di teleriabilitazione saranno retribuite al 75%, escluso le prestazioni ambulatoriali di gruppo.

Verranno remunerate esclusivamente le prestazioni effettivamente erogate.

## 3. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso (requisito di ammissione)

Possono partecipare alla presente procedura le strutture in possesso dell'accreditamento, in riferimento alla tipologia di prestazioni per la quale presentano istanza, ai sensi L.R.T. 51/2009, Regolamento 79R/2016 e Regolamento n. 90R/2020.

## 4. Requisiti per la stipula dell'accordo contrattuale

Per la stipula dell'accordo contrattuale, oggetto del presente avviso, le strutture dovranno:

- ✓ Essere in possesso del requisito di ammissione di cui al paragrafo 3 dell'avviso;
- ✓ Avere sede operativa ubicata nell'ambito territoriale di Firenze (preferibilmente quartiere 1 per le prestazioni al punto A) del paragrafo 1 e preferibilmente quartiere 2 per le prestazioni al punto B);
- ✓ Essere in possesso di idonea polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, esonerando l'Azienda USL Toscana Centro da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto dell'avviso.

## 5. Modalità di presentazione della domanda

I soggetti interessati possono manifestare l'interesse a partecipare alla procedura oggetto del presente avviso, pena esclusione, entro il seguente termine:

Data: 

19	05	2026
----	----	------

 Ora: 

12	00
----	----

Le domande devono essere redatte secondo lo schema *Modello di Domanda* riportato in calce al presente avviso, con allegata la dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria, e devono essere inoltrate, a mezzo posta certificata PEC, al seguente indirizzo: [avvisi.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:avvisi.uslcentro@postacert.toscana.it)

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura "*Manifestazione di interesse prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per minori ambito territoriale Firenze*".

La validità della mail è subordinata all'utilizzo da parte degli interessati di una casella di posta elettronica certificata istituzionale.

Si chiede di inviare la domanda in formato PDF, inserendo tutta la documentazione in un unico file.

Il recapito tempestivo delle domande rimane ad esclusivo rischio dei mittenti, restando esclusa qualsivoglia responsabilità dell'Azienda ove, per qualsiasi motivo, gli stessi non dovessero giungere a destinazione in tempo utile.

Il termine fissato per la presentazione dell'istanza è perentorio. Non è ammessa la presentazione di documenti oltre la scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Il legale rappresentante della struttura accreditata dovrà apporre la firma in calce alla istanza a pena di esclusione. L'autentica della firma si effettua mediante presentazione, in allegato alla domanda, di copia fotostatica di valido documento di identità.

## 6. Documentazione richiesta

Nella domanda di partecipazione all'avviso gli interessati devono, in autocertificazione ai sensi dell'art. 15 della L.183/2011:

- ✓ indicare l'autorizzazione rilasciata dal Comune;
- ✓ indicare il decreto di accreditamento rilasciato dalla Regione Toscana (ultimo rilascio) ;
- ✓ riportare l'elenco del personale, con la specifica del profilo professionale;
- ✓ allegare la dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria.

Devono, inoltre, impegnarsi:

- ad effettuare le prestazioni nella struttura posta nel Comune di ..... in via .....
- ad accettare l'applicazione delle tariffe riportate al paragrafo 2 dell'avviso;
- a garantire le prestazioni ambulatoriali nei seguenti giorni e con il seguente orario: .....
- a garantire le prestazioni domiciliari nei seguenti giorni e con il seguente orario: .....
- a garantire di concordare con l'Azienda eventuali periodi di chiusura per ferie;
- a garantire che il personale sanitario e addetto all'assistenza che effettuerà le prestazioni oggetto del presente Avviso non si trovi in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91 ss.mm.ii. e alla L. 662/96 ss.mm.ii.;
- a garantire il rispetto di quanto all'art. 53 co.16ter del D.lgs n. 165/2001;
- ad accettare le ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto, che saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs n. 502/1992 e ss.mm. ii..

Infine, devono dichiarare:

- di essere in possesso di (oppure di impegnarsi a stipulare prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale) una polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché una polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi, esonerando l'ASLTC da qualsiasi responsabilità per danni che dovessero verificarsi nell'espletamento dell'attività oggetto del presente avviso, con copertura da mantenere per almeno 10 anni ;
- di aver preso visione di tutte le disposizioni del presente avviso e di impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla USL Toscana Centro, ove necessario;
- l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
- di prendere atto che l'Azienda non sottoscriverà contratto laddove il soggetto che ha presentato istanza abbia dimostrato significative e persistenti carenze nell'esecuzione di precedenti contratti che ne hanno causato la risoluzione per inadempimento, ovvero condanna al risarcimento del danno o altre sanzioni comparabili;
- di prendere atto che l'ASTC non è tenuta al pagamento di prestazioni rese fuori dal budget assegnato, ovvero il superamento del tetto assegnato non garantisce alcuna pretesa creditizia da parte della struttura;

- di essere consapevole che l'avviso di manifestazione di interesse emesso dall'Azienda USL Toscana Centro non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di accordi contrattuali.

La domanda, sottoscritta dal legale rappresentante della struttura e con allegata la fotocopia fronte retro di un valido documento di identità del sottoscrittore, dovrà riportare la seguente dicitura, datata e firmata:

*"Il sottoscritto (cognome e nome) legale rappresentante della struttura....., ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 come modificato dalla L. 183/2011, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutte le eventuali fotocopie allegate alla domanda di partecipazione all'avviso sono conformi all'originale in suo possesso e che ogni dichiarazione resa risponde a verità".*

Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, la struttura verrà ritenuta non idonea.

L'Azienda si riserva la facoltà di effettuare controlli sul possesso dei requisiti autocertificati.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 15 della L. 183/2011 e della direttiva del Ministero della Pubblica Amministrazione e della Semplificazione n. 61547 del 22.12.2011, PAZIENDA POTRA' ACCETTARE ESCLUSIVAMENTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI O DI ATTI DI NOTORIETA'.

## **7. Valutazione delle domande**

Fermo restando la verifica del requisito di accesso di cui al paragrafo 3 e la sede della struttura come al paragrafo 4, una Commissione appositamente nominata procederà alla valutazione degli ulteriori requisiti di seguito riportati:

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI ex art. 26 L. 833/78 PER UTENTI IN PREVALENZA CON SINDROME DI DOWN E DISABILITA' INTELLETTIVE AFFINI:

- Ubicazione struttura ambulatoriale – *valutazione 15 punti se nel quartiere Firenze 1*,
- Valutazione progetto attività predisposto dalla struttura - *valutazione da 0 a 20 punti*
- Personale in dotazione (elenco nominativo, profilo professionale, curriculum, iscrizione all'albo professionale ove prevista, numero ore sett.li) - *valutazione da 0 a 25 punti.*
- Esperienza maturata nel settore ambulatoriale e domiciliare (numero anni e specificare se in convenzione con ASL) - *valutazione da 0 a 15 punti.*

Max n. 75 punti.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI ex art. 26 L. 833/78 PER UTENTI IN PREVALENZA CON SORDITA', DISTURBI E RITARDO DEL LINGUAGGIO E DELL'APPRENDIMENTO E DISABILITA' INTELLETTIVE AFFINI:

- Ubicazione struttura ambulatoriale – *valutazione 15 punti se nel quartiere Firenze 2*,
- Valutazione progetto attività predisposto dalla struttura - *valutazione da 0 a 20 punti*
- Personale in dotazione (elenco nominativo, profilo professionale, curriculum, iscrizione all'albo professionale ove prevista, numero ore sett.li) - *valutazione da 0 a 25 punti.*
- Esperienza maturata nel settore ambulatoriale e domiciliare (numero anni e specificare se in convenzione con ASL) - *valutazione da 0 a 15 punti.*

Max n. 75 punti.

Per ciascuna delle due tipologie di prestazioni sopra riportate (A e B), sulla base della valutazione effettuata secondo i criteri sopra riportati, verrà individuata la struttura idonea alla sottoscrizione di accordo contrattuale, redigendo graduatoria nel caso siano pervenute più istanze.

Nel caso due strutture ottengano il medesimo punteggio, le prestazioni e il tetto finanziario saranno suddivisi in parti uguali.

L'esito della valutazione sarà approvato con delibera del Direttore Generale, pubblicata sul sito web dell'Azienda Usl Toscana Centro.

Con la/e struttura/e individuata/e sarà sottoscritto l'accordo contrattuale, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs.vo 502/1992 e smi.

### **8. Trattamento dati personali**

I dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti presso le strutture organizzative dell'Azienda U.S.L. Toscana Centro per le finalità dell'avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e ulteriori disposizioni integrative e dal Regolamento EU 2016/679.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e ai privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge e di regolamenti, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 196/2003 e dalle ulteriori disposizioni integrative.

L'Azienda USL Toscana Centro si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente avviso qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per i partecipanti al presente avviso insorga alcuna pretesa o diritto.

Per quanto non previsto dall'avviso si fa riferimento alle disposizioni di legge e regolamenti in vigore.

Il presente avviso sarà pubblicato per n. 15 giorni sul sito Web dell'Azienda USL Toscana Centro all'indirizzo [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it) sezione Bandi-Concorsi- Avvisi.

Per eventuali chiarimenti ed informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi alla S.O.S. Procedure amministrative privato accreditato - Piazza Ospedale n. 5 – Prato, telefonando dalle ore 11.00 alle ore 12.30 dal lunedì al venerdì al seguente numero: 0574-807985.

Ulteriori specifiche organizzative del servizio richiesto saranno oggetto dell'accordo contrattuale che sarà stipulato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D. Lgs.vo 502/1992 e ss.mm.ii.

Il Direttore Generale  
ing. Valerio Mari

Firenze, 04.05.2026

ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO  
S.O.S. Procedure amministrative privato accreditato  
P.za S. Maria Nuova n. 1  
50122 FIRENZE

### **Domanda partecipazione**

Il/la sottoscritto/a ..... legale rappresentante della  
struttura ....., presa visione dell'avviso di  
manifestazione di interesse per prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per utenti  
minori per l'ambito territoriale di Firenze, approvato da codesta Azienda con Delibera del Direttore  
Generale n. 464 del 30.04.2026, per la sottoscrizione di accordo contrattuale;

### **MANIFESTA L'INTERESSE**

a partecipare all'avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Centro per l'individuazione di struttura per  
prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per utenti minori per l'ambito territoriale di  
Firenze.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni false,

### **D I C H I A R A**

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, come modificati  
dalla L. 183/2011:

Di essere il legale rappresentante di .....

Partita IVA .....

Sede legale in ..... via..... n .....

Sede della struttura in ..... via ..... n .....

Telefono per comunicazioni inerenti l'avviso .....

Indirizzo e- mail per comunicazioni inerenti l'avviso .....

Indirizzo di posta certificata .....

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando  
l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del  
domicilio indicato nella domanda.

**DICHIARA** inoltre:

che la struttura ..... posta in .....

via ..... n. .... è in possesso di:

- autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune di ..... in data ..... (*allegare copia*);
- accreditamento istituzionale rilasciato da ..... con atto n. .... del ..... (*allegare copia*);

e che presso la suddetta struttura saranno garantite le seguenti prestazioni (*barrare sotto la propria scelta se A) oppure B) oppure entrambe*):

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI PER UTENTI IN PREVALENZA CON SINDROME DI DOWN E DISABILITA' INTELLETTIVE AFFINI per un tetto max annuo complessivo di € 310.000,00, come di seguito:

- ✓ *Prestazioni ambulatoriali altro minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali di gruppo minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali complesse minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni domiciliari minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Eventuali prestazioni ambulatoriali di teleriabilitazione;*

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI PER UTENTI IN PREVALENZA CON SORDITA', DISTURBI E RITARDO DEL LINGUAGGIO E DELL'APPRENDIMENTO E DISABILITA' INTELLETTIVE AFFINI per un tetto max annuo complessivo di € 616.138,17, come di seguito:

- ✓ *Prestazioni ambulatoriali altro minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali di gruppo minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni ambulatoriali complesse minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Prestazioni domiciliari minori ex DGRT 1476/2018*
- ✓ *Eventuali prestazioni ambulatoriali di teleriabilitazione;*

di accettare l'applicazione delle tariffe riportate la paragrafo 2 dell'avviso, per le prestazioni effettivamente erogate;

di garantire in riferimento alla prestazioni ambulatoriali di cui all'avviso l'apertura della struttura n. .... giorni sett.li con il seguente orario: .....

di garantire in riferimento alle prestazioni domiciliari di cui all'avviso la disponibilità per n. .... giorni sett.li con il seguente orario: .....

di garantire di concordare con l'Azienda eventuali periodi di chiusura per ferie;

di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alla necessità dell'Azienda;

che presso la struttura è garantito il personale sanitario e assistenziale come da elenco allegato all'istanza;

che il personale sanitario e assistenziale impegnato nelle attività oggetto dell'avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alla L. 412/91 ss.mm.ii. e L. 662/96 ss.mm.ii.;

di garantire il rispetto di quanto all'art. 53 co.16 ter del D.lgs n. 165/2001;

di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi (*in alternativa*: di garantire di impegnarsi a stipulare prima della sottoscrizione dell'accordo contrattuale) come al paragrafo 6 dell'avviso;

di aver preso visione di tutte le disposizioni dell'avviso e d'impegnarsi a presentare all'atto di sottoscrizione dell'accordo l'eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla USL Toscana Centro, ove necessario;

l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;

di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato dall'Azienda USL Toscana Centro su quanto dichiarato rispetto al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto è soggetto a risoluzione;

di prendere atto che l'ASTC non è tenuta al pagamento di prestazioni rese fuori dal budget assegnato, ovvero il superamento del tetto assegnato non garantisce alcuna pretesa creditizia da parte della struttura;

di prendere altresì atto che l'Azienda non sottoscriverà contratto laddove il soggetto che ha presentato istanza abbia dimostrato significative e persistenti carenze nell'esecuzione di precedenti contratti che ne hanno causato la risoluzione per inadempimento, ovvero condanna al risarcimento del danno o altre sanzioni comparabili;

di essere consapevole che l'avviso di manifestazione di interesse emesso dall'Azienda USL Toscana Centro non costituisce necessariamente impegno per quest'ultima per l'instaurazione di futuri accordi contrattuali.

**SI ALLEGANO:**

- ✓ Descrizione requisiti di valutazione di cui al paragrafo 7 dell'avviso;
- ✓ Dichiarazione sostitutiva affidabilità giuridico economico finanziaria (*allegato 1 al modello di domanda*)
- ✓ Elenco del personale (*allegato 2 al modello di domanda*) .

**Il sottoscritto ....., consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità. A tal fine allega copia di valido documento di identità ai sensi degli artt. 38,45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**

Data .....

Firma .....(1)

**Nota 1** : la firma in calce alla domanda non deve essere autenticata

**Manifestazione d'interesse rivolta alla sottoscrizione di accordi contrattuali per prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 26 L. 833/78 per minori ambito territoriale Firenze**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA  
(ai sensi del DPR n. 445/00 e ss.mm.ii. artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

[ *per le persone giuridiche* ] legale rappresentante di:

\_\_\_\_\_

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

**Dichiara**

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

*per le persone giuridiche*

|\_ | di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

Altro Istituto: \_\_\_\_\_ ;

|\_ | di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

|\_ | di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: \_\_\_\_\_,

|\_ | (*per le cooperative*) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

|\_ | di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

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

