AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Manifestazione d'interesse rivolta a strutture private accreditate interessate alla sottoscrizione di accordo contrattuale per prestazioni ambulatoriali di valutazione diagnostica dei disturbi dell'apprendimento per l'ambito territoriale di Firenze

L'Azienda USL Toscana Centro, di seguito denominata Azienda, rende noto che intende, con il presente avviso, individuare strutture accreditate per prestazioni ambulatoriali di valutazione diagnostica dei disturbi dell'apprendimento per l'ambito territoriale di Firenze, ai fini della stipula di un accordo contrattuale, in esecuzione della delibera del Direttore Generale n. 1191 del 21.10.2026, 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 di valutazione diagnostica dei disturbi dell'apprendimento 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:

- ✓ zona FIRENZE CENTRO per un budget annuo max di € 55.000,00.
- ✓ zona FIRENZE NORD OVEST per un budget annuo max di 40.000,00.
- ✓ zona FIRENZE SUD EST e MUGELLO per un budget annuo max di 35.000,00.

A fronte del fabbisogno sopra riportato, il tetto max complessivo di spesa annua è pari ad **€ 130.000,00.**

Le prestazioni sono rivolte ad utenti minori della UFC Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Firenze in età compresa dai 7 ai 17anni.

La struttura deve essere ubicata in una delle suddette zone (Firenze Centro, Firenze Nord Ovest, Firenze Sud Est-Mugello).

Il contratto avrà durata dalla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale con scadenza 31.12.2028 e possibilità di proroga per n. 6 mesi.

2. Tariffe

Sono applicate le seguenti tariffe:

- PACCHETTO DI N. 5 ORE di cui n. 1 ora neuropsichiatra infantile; n. 2 ore psicologo, n. 2 ore logopedista - tariffa **€ 172,92.**

- PACCHETTO DI N. 6 ORE di cui n. 2 ora neuropsichiatra infantile; n. 2 ore psicologo, n. 2 ore logopedista - tariffa **€ 205,78.**

3 Tipologia attività e dotazione personale

PERSONALE:

Le prestazioni diagnostiche devono essere effettuate da

- Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile;
- Psicologo;
- Logopedista

I professionisti impiegati nell'erogazione delle prestazioni oggetto del presente avviso devono possedere i requisiti previsti dalla Delibera n.351 del 23-03-2026 Allegato C e, in particolare, devono soddisfare i seguenti requisiti.

- essere in possesso del titolo di studio abilitante all'esercizio della professione;
- essere regolarmente iscritti al relativo Ordine professionale;
- aver maturato documentata esperienza clinica nella valutazione e nella diagnosi dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, successivamente al conseguimento dell'abilitazione professionale.

Ciascun professionista deve documentare almeno uno dei seguenti requisiti formativi:

- Master universitario di I o II livello specifico sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento;
- Corso universitario di perfezionamento specifico;
- Corso pubblico o privato di almeno 100 ore dedicato ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento, con riconoscimento di crediti ECM o CFU, ove previsto;
- altra formazione specialistica equivalente prevista dalla normativa regionale.

La formazione deve risultare conclusa alla data di partecipazione al bando ed essere prevalentemente dedicata ai disturbi del linguaggio e ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

ATTIVITA':

Le prestazioni oggetto del bando sono riservate ad utenti inviati dalle UFSMIA (unità funzionali salute mentale infanzia ed adolescenza dell'ambito Firenze). Le prestazioni ambulatoriali dovranno riguardare i seguenti sospetti diagnostici:

F81.0 Disturbo specifico della lettura - Dislessia

F81.1 Disturbo specifico della compitazione - Disortografia

F81.2 Disturbo specifico delle abilità aritmetiche - Discalculia

F81.3 Disturbo misto delle abilità scolastiche – compresenza di due o più DSA (es. dislessia + disortografia + discalculia)

F81.8 Altri disturbi evolutivi delle abilità scolastiche utilizzato principalmente per la disgrafia

F81.9 Disturbo evolutivo delle abilità scolastiche, non specificato

L'attività svolta mirerà a confermare o ad escludere il sospetto diagnostico di cui sopra. Questa come indicato dalle Linee Guida Nazionali 2021 dovranno prevedere un assesment specifico e variabile in base all'età e alle caratteristiche del paziente. Le prestazioni multiprofessionali (incluse nel nuovo nomenclatore 2024) sono:

94.12.1 Visita neuropsichiatrica infantile
94.09 Colloquio psicologico clinico Psicologo
94.01.1 Somministrazione di test di intelligenza
94.01.2 Somministrazione di test di sviluppo/intelligenza
94.02.1 Test della memoria
94.02.2 Scala di Memoria di Wechsler (WMS)
94.08.1 Test delle funzioni esecutive
94.08.2 Test delle abilità visuospaziali
93.01 e seguenti Valutazioni logopediche (secondo il nomenclatore vigente) - Logopedista

La tipologia di pacchetto sarà indicata nel Piano Terapeutico Individuale (PTRI) predisposto dalla UF SMIA territorialmente competente.
E' possibile in base ai risultati e in accordo con la struttura inviante che deve prevedere un nuovo PTRI prevedere un secondo ciclo per l'esclusione o conferma diagnostica.
I progetti riabilitativi dovranno rispettare quanto nel PTRI prodotto dalla struttura aziendale.
Verranno remunerate esclusivamente i pacchetti di prestazioni effettivamente erogati.

La certificazione diagnostica disturbo dell'apprendimento sarà rilasciata dalla struttura ASLTC.

4. Soggetti ammessi alla procedura oggetto del presente avviso (requisito di ammissione)
Possono partecipare alla presente procedura le strutture in possesso dell'accreditamento, ai sensi L.R.T. 51/2009 e Regolamento 79R/2016 ss.mm.ii. e riconoscimento/iscrizione soggetto che può rilasciare la certificazione diagnostica dei disturbi specifici dell'apprendimento (DGRT n. 351/2026).

5. Requisiti per la stipula dell'accordo contrattuale
Per la stipula dell'accordo contrattuale, oggetto del presente avviso, le strutture accreditate dovranno avere:

- ✓ Sede operativa ubicata in uno delle zone riportate al paragrafo 1 dell'avviso;
- ✓ 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;

6. 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:	**10**	**11**	**2026**	Ora:	**12**	**00**

Le domande devono essere redatte secondo lo *Schema di Domanda* riportato in calce al presente avviso, con allegata la dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria (allegato 1 allo schema di domanda) ed elenco del personale (allegato 2 allo schema di domanda).
Le domande devono essere inoltrate, a mezzo posta certificata PEC, al seguente indirizzo: avvisi.uslcentro@postacert.toscana.it

Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura *"Manifestazione di interesse prestazioni ambulatoriali per diagnosi disturbi dell'apprendimento per l'ambito di 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 rappresentate 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.

7. Documentazione richiesta
Nella domanda di partecipazione all'avviso gli interessati devono indicare, in autocertificazione ai sensi dell'art. 15 della L.183/2011:
- l'autorizzazione rilasciata dal Comune;
- il decreto di accreditamento rilasciato dalla Regione Toscana;
- l'elenco del personale, con la specifica del profilo professionale;
- la dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria.

Devono, inoltre, impegnarsi:
- ad effettuare le seguenti prestazioni di cui all'avviso …….. nella struttura posta nel Comune di ……..... in via ……..…….;
- ad accettare l'applicazione delle tariffe riportate la paragrafo 2 dell'avviso, per le prestazioni effettivamente erogate;
- a garantire le prestazioni oggetto dell'istanza nei seguenti giorni 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 e 662/96;
- di garantire quanto all'art. 53 co 16ter del D.lgs n. 165/2001;
- ad adempiere alle registrazioni richieste dall'ASLTC compreso l'alimentazione del programma Astercloud e l'alimentazione FSE;
- a rendersi disponibile a partecipare e applicare percorsi aziendali finalizzati ad implementare la qualità delle prestazioni erogate;
- 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;

- 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 pendere atto che l'Azienda non è tenuta a farsi carico di pagamento di prestazioni rese al di fuori del 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.
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, l'AZIENDA POTRA' ACCETTARE ESCLUSIVAMENTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI O DI ATTI DI NOTORIETA'.
L'Azienda si riserva la facoltà di effettuare controlli sul possesso dei requisiti autocertificati.

8. Valutazione delle domande
Le domande presentate saranno valutate da una Commissione secondo i requisiti richiesti e i seguenti criteri:
a) ubicazione struttura e accessibilità (allegare planimetria) - *valutazione da 0 a 10 punti*
b) disponibilità oraria settimanale - *valutazione da 0 a 10 punti*
c) valutazione progetto attività predisposto dalla struttura - *valutazione da 0 a 10 punti*
d) personale in dotazione - (elenco personale, curricula datati e firmati, iscrizione albo professionale) - *valutazione da 0 a 10 punti.*
e) Esperienza maturata nel settore *valutazione da 0 a 10 punti*

Sulla base della valutazione, effettuata secondo i criteri sopra indicati, verrà redatta apposita graduatoria per ciascuna zona e sarà ritenuto idoneo alla stipula della convenzione il soggetto che ha ottenuto maggior punteggio per ciascuna zona.
Nel caso due o più soggetti ottengano il medesimo punteggio per la medesima zona, il tetto finanziario sarà suddiviso in parti uguali.
Nel caso il budget di una zona non sia assegnato, questo sarà ridistribuito alle altre zone assegnate 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, come da suddetta graduatoria, sarà sottoscritto l'accordo contrattuale, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs.vo 502/1992 e smi.

9. 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 15 giorni sul sito Web dell'Azienda USL Toscana Centro all'indirizzo **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: 0574-807965.

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, 26.10.2026

Schema di Domanda

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 di valutazione diagnostica dei disturbi dell'apprendimento per l'ambito territoriale di Firenze, approvato da codesta Azienda con Delibera del Direttore Generale n. 1191 del 21.10.2026, 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 l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di valutazione diagnostica dei disturbi dell'apprendimento 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 ……..……. è in possesso:

Accreditamento Istituzionale rilasciato da …… con atto n……... del …… (allegare copia);

Iscrizione soggetto autorizzato al rilascio certificazione diagnostica disturbi dell'apprendimento (DGRT 351/2026) SI ☐ NO ☐

che presso la struttura ……..……... posta in ……..……..…….. via ……..…… n ….. saranno erogate le seguenti prestazioni (*compilare la scelta*):

- Prestazioni zona FIRENZE CENTRO ☐
- Prestazioni zona FIRENZE NORD OVEST ☐
- Prestazioni zona FIRENZE SUD EST - MUGELLO ☐

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

di garantire le prestazioni oggetto dell'istanza nei seguenti giorni 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 e L. 662/96;

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);

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 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 e documentazione di cui ai criteri paragrafo 8 dell'avviso;
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria (allegato 1 allo schema di domanda)
- ✓ Elenco del personale (allegato 2 allo schema di domanda- formato pdf e formato editabile).

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

Allegato 1 *allo Schema di Domanda*

Manifestazione d'interesse rivolta alla sottoscrizione di accordi contrattuali per prestazioni ambulatoriali di valutazione diagnostica dei disturbi dell'apprendimento per l'ambito territoriale di 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.

Allegato 2 allo Schema di Domanda

ELENCO PERSONALE IN DOTAZIONE

Denominazione struttura: ……..…

BRANCA	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	TITOLO DI STUDIO	RAPPORTO DI LAVORO	ORARIO DI LAVORO

Data ……..…

Firma ……...……..

Timbro ……....

N.B. - Da allegare all'istanza in formato PDF e in formato editabile