

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

Numero del provvedimento	103
Data del provvedimento	01-10-2024
Oggetto	
Contenuto	AVVISO PER L'APERTURA DI UNA PROCEDURA AD EVIDENZA PUBBLICA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN ELENCO DI FORNITORI UTILI ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI CUI AL BANDO "HOME CARE PREMIUM 2022-2025" DI INPS

Ufficio/Struttura	Ufficio Alta Integrazione e servizi socio-assistenziali
Resp. Ufficio/Struttura	BRINTAZZOLI MARCO
Resp. del procedimento	BRAZZINI IRENE
Parere e visto regolarità contabile	NENCI SERENA

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio
€ 24.487,50	Altri servizi non sanitari da PRIV	3B020201120327	2024

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	6	AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
B	6	CONVENZIONE
C	4	DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
D	3	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
E	2	TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI
F	2	MODELLO SCELTA FORNITORE
G	1	MODELLO VARIAZIONE FORNITORE



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

Numero provvedimento	
Data del provvedimento	
Oggetto	AVVISO PER L'APERTURA DI UNA PROCEDURA AD EVIDENZA PUBBLICA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN ELENCO DI FORNITORI UTILI ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI CUI AL BANDO "HOME CARE PREMIUM 2022-2025" DI INPS
Contenuto	

Ufficio/Struttura	Ufficio Alta Integrazione e servizi socio-assistenziali
Resp. Ufficio/Struttura	MARCO BRINTAZZOLI
Resp. del procedimento	IRENE BRAZZINI
Parere e visto regolarità contabile	SERENA NENCI

Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio
€ 24.487,50	Altri servizi non sanitari da PRIV	3B020201120327	2024

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A		AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
B		CONVENZIONE
C		DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
D		DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
E		TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI
F		MODELLO SCELTA FORNITORE
G		MODELLO VARIAZIONE FORNITORE



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

IL DIRETTORE

VISTA la L.R.T. n. 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e s.m.i., che agli artt. 71 e seguenti istituisce le Società della Salute quali enti per l’integrazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie territoriali e socio-assistenziali;

DATO ATTO che nella seduta assembleare di questa S.d.S. del giorno 23.12.2009, alla presenza dei rappresentanti degli Enti aderenti al Consorzio, il notaio incaricato ha proceduto con atto pubblico al rogito della modifica della Convenzione costitutiva (registrata con rogito notarile il 23.12.2009 – reg. n. 12037 del 30.12.2009) e dello Statuto di questo Consorzio successivamente alla visione degli atti già approvati da tutti i Consigli comunali e dal Direttore Generale dell’Azienda USL 10 di Firenze;

CONSIDERATO che con la deliberazione dell’Assemblea n. 26 del 29.12.2014 il Consorzio ha manifestato la volontà di continuare la gestione unitaria dell’intero complesso di funzioni sociali e socio-sanitarie affidate dai soci ai sensi della Convenzione sopra citata trasmettendo, con deliberazione dell’Assemblea n. 3 del 30.03.2015, tutta la documentazione che attesta l’esistenza dei requisiti previsti dall’art. 71 *novies decies* della LRT n. 40/2005 e smi;

VISTI:

- il Decreto del Presidente della Società della Salute del Mugello n. 3/2021 con il quale è stato nominato lo scrivente in qualità di Direttore;
- il Provvedimento del Direttore n. 81/2022 con il quale è stata nominata la Sig.ra Serena Nenci quale Responsabile con incarico organizzativo dell’Ufficio Bilancio e Programmazione Economica
- il Provvedimento del Direttore n. 51/2023 con il quale è stata nominata la Dott.ssa Irene Brazzini quale responsabile dell’Ufficio Affari Generali e Legali;

DATO ATTO che il Responsabile del presente procedimento è la Dott.ssa Irene Brazzini, Responsabile dell’Ufficio Affari Generali e Legali e che non sono stati segnalati conflitti di interessi ai sensi dell’art. 6-bis l.n. 241/1990, come modificato dalla l.n. 190/2012;

VISTO il d.lgs. n. 117/2017 denominato “*Codice del Terzo Settore*”;

VISTE le seguenti Leggi della Regione Toscana:

- LRT n. 82/2009 in materia di “*Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato*”;
- LRT N. 51/2009 “*Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento.*”;

VISTO il bando pubblico “*Progetto Home Care Premium 2022 – Assistenza Domiciliare*” pubblicato da INPS il 30.03.2022;



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

CONSIDERATI i seguenti atti di questa Società della Salute:

- la Delibera di Assemblea n. 12/2024 di “*Approvazione del Programma Operativo Annuale (POA) 2024*”;
- la Delibera di Assemblea n. 49/2023 di “*Approvazione del bilancio preventivo 2024 e del bilancio pluriennale 2024/2026*”;
- la Delibera di Giunta Esecutiva n. 3/2022 “*Progetto INPS HCP – Home Care Premium 2022 – Assistenza Domiciliare 1° luglio 2022 Al 30 giugno 2025 – Approvazione adesione all’Avviso, linee di indirizzo e mandato al Direttore*”;
- il Provvedimento del Direttore n. 57/2022 “*Progetto INPS HCP – Home Care Premium 2022 – Assistenza Domiciliare 1° luglio 2022 Al 30 giugno 2025 – Approvazione accordo con INPS per erogazione prestazioni integrative*”;

VISTA la Determinazione n. 20240211/2024 con la quale INPS ha assegnato la somma di € 97.950,00 a favore di questa Società della Salute per la copertura delle spese gestionali e del costo delle prestazioni integrative per il II semestre 2024;

CONSIDERATO che la Direzione Generale INPS ha trasmesso agli Ambiti Territoriali aderenti al Progetto HCP della Toscana una nota con indicazioni in merito alle modalità di fatturazione delle prestazioni socio-assistenziali integrative previste da bando INPS, specificando che a partire dal 1° ottobre 2024 i fornitori delle prestazioni di cui sopra emetteranno le fatture intenzionalmente direttamente all’Ambito Società della Salute Mugello;

DATO ATTO pertanto che le risorse *ex* Determinazione INPS n. 20240211/2024 afferenti alla nuova modalità di fatturazione per il periodo 01.10.2024 – 31.12.2024 sono stimate in € 24.487.50 e che il futuro impegno relativo al I semestre 2025 sarà oggetto di valutazione da parte di INPS;

DATO ATTO che le principali prestazioni integrative destinatarie delle nuove modalità di fatturazione e concernenti l’Accordo stipulato con INPS da parte di questa Società della Salute, *ex* Provvedimento del Direttore n. 57/2022, sono le seguenti:

- **Servizi professionali domiciliari:** servizi professionali resi da psicologi, fisioterapisti, logopedisti
- **Servizi e strutture a carattere extradomiciliare**
- **Sollievo**
- **Percorsi di integrazione scolastica**
- **Servizi di attività sportive rivolte a diversamente abili**

RITENUTO dunque necessario procedere con la pubblicazione di una procedura ad evidenza pubblica utile alla costituzione di un elenco di fornitori accreditati per l’erogazione dei servizi di cui al bando HCP e che tale Manifestazione di Interesse è approvata con il presente atto, nel rispetto del principio del buon andamento della Pubblica Amministrazione;



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

DATO ATTO che:

- i servizi espletati in relazione al bando HCP 2022-2025 e non rientranti nell'elenco delle prestazioni di cui sopra, proseguiranno in continuità con le medesime modalità di erogazione e fatturazione attualmente adottate;
- eventuali ulteriori servizi di cui al Bando HCP, non presenti nell'elenco descritto in narrativa e non rientranti nelle attività espletate in continuità di cui al punto precedente, rientreranno comunque tra i servizi erogabili secondo le modalità di cui al presente Avviso;

DISPONE

1. **DI APPROVARE** l'Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di strutture/professionisti erogatori delle prestazioni di cui al Bando HCP 2022-2025 (All.A);
2. **DI APPROVARE** la documentazione allegata quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. **DI DARE ATTO** che il costo dei servizi derivanti dall'Avviso oggetto del presente Provvedimento, stimato in un massimo di € 24.487,50 per il periodo 01.10.2024 – 31.12.2024, è coperto dal Progetto Home Care Premium, in virtù del quale sono state impegnate risorse nei confronti di questa Società della Salute con Determinazione n. n. 20240211/2024 di INPS, e trova adeguata copertura economica nel Bilancio di Previsione 2024 per l'annualità corrente. Circa il periodo 01.01.2025-30.06.2025 i costi del servizio troveranno adeguata copertura economica nel futuro Bilancio di Previsione, in accordo ai successivi impegni di spesa assunti da INPS nei confronti di questa Società della Salute;
4. **DI DARE ATTO** che chiunque ne abbia interesse può proporre ricorso contro il presente provvedimento al TAR Toscana entro 60 giorni o al Presidente della Repubblica entro 120 giorni, i ricorsi sono alternativi;
5. **DI PUBBLICARE** il presente atto sull'Albo Pretorio on line per quindici giorni consecutivi e sul sito Web della Società della Salute;
6. **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento agli Enti aderenti e al Collegio Sindacale, ai Responsabili degli Uffici della Società della Salute.



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

All.A

AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di fornitori delle prestazioni integrative di cui al progetto Home Care Premium 2022-2025 finanziato da INPS

Art. 1 – Prestazioni

Le prestazioni integrative oggetto del presente Avviso sono quelle previste ex art. 3 del Bando HCP emesso da INPS. In particolare:

- A) **Servizi professionali domiciliari:** servizi professionali resi da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti ecc.
- B) **Servizi e strutture a carattere extradomiciliare:** interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione dell'evoluzione della patologia degenerativa che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio-educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani. Centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia.
- C) **Sollievo:** a favore del nucleo familiare per il recupero delle energie psicofisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, assistenza diurna extra domiciliare e residenziale, qualora la necessità assistenziale non sia integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma è integrata da uno o più familiari conviventi o non conviventi attraverso le cd. "cure familiari".
- D) **Trasferimento Assistito:** Servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifici e particolari necessità, articolati in trasporto collettivo/individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzato e trasporto barellato. Qualora il budget assegnato agli utenti destinatari del servizio sia sufficiente ovvero con integrazione a carico dell'ambito e dell'ente pubblico convenzionato, potrà essere acquistato un mezzo dedicato e idoneo al trasporto disabili che resterà di proprietà dell'Ambito o dell'Ente pubblico.
- E) **Pasto:** Servizio di consegna a domicilio, esclusa fornitura
- F) **Percorsi di integrazione scolastica:** Servizi di assistenza specialistica ad personam in favore di studenti con disabilità volti a favorire l'autonomia e la comunicazione, così come indentificati dall'articolo 13, comma 3 della Legge 104/1992. Hanno diritto all'assegnazione di tale prestazione integrativa, nei limiti del budget individuale, esclusivamente gli studenti con accertamento di handicap ex lege 104/1992. L'intervento potrà essere fornito sia all'interno che all'esterno della scuola e anche al di fuori dell'orario scolastico.



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGIO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

G) **Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale:** Servizi rivolti a persone in età da lavoro di ausilio alla ricerca di un'occupazione idonea rispetto alle abilità e capacità personali ovvero di orientamento per intraprendere un percorso formativo finalizzato all'acquisizione di competenze necessarie all'inserimento nel mondo del lavoro avendo riguardo dei limiti legati alla condizione di non autosufficienza. Servizi rivolti a valorizzare le diverse abilità della persona non autosufficiente anche non propriamente finalizzate alla percezione di un guadagno.

H) **Servizi per minori affetti da autismo:** Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo.

I) **Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili:** Servizi sportivi rivolti a non autosufficienti per potenziare le diverse abilità e favorire la crescita del livello di autonomia, di autostima, di capacità relazionali e di gestione dell'emotività.

J) **Servizi differenziati in base alle esigenze del territorio di riferimento.** Le prestazioni occasionali di cui alle lettere D) ed E) saranno sostitutive di altre prestazioni previste nel PAI nei limiti del budget assegnato.

Art. 2 – Oggetto della Manifestazione di Interesse

Il presente Avviso ha lo scopo di individuare un elenco di fornitori delle prestazioni di cui all'articolo precedente, al fine di permettere da un lato la fatturazione diretta in capo a questo Ente pubblico, dall'altro garantire al cittadino la libera scelta sull'erogatore del servizio.

L'elenco in oggetto non presenta alcun limite quantitativo in merito al numero dei fornitori individuabili e saranno ammessi tutti coloro i quali saranno valutati idonei alla luce del semplice possesso dei requisiti richiesti al momento della domanda;

Art. 3 – Durata

La presente Manifestazione di Interesse ha validità a partire dalla sua pubblicazione sul sito della Società della Salute Mugello fino al 30.06.2025, salvo eventuali proroghe.



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

Art. 4 Prestazioni integrative previste ed onorari

PRESTAZIONE	SERVIZIO	IMPORTI ORARI	REQUISITI
ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI	Psicologo	€ 40/h	Laurea in Psicologia e regolare iscrizione all'albo professionale con indicazione della sezione e numero sezione
	Fisioterapista	€ 38/h	Laurea in Fisioterapia e regolare iscrizione all'albo professionale
	Logopedista	€ 38/h	Laurea in Logopedia e regolare iscrizione all'albo professionale
SERVIZI STRUTTURE CARATTERE EXTRADOMICILIARI	E A Interventi integrativi e complementari, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione della evoluzione della patologia degenerativa che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso: <ul style="list-style-type: none"> • centri diurni per disabili • centri diurni per anziani 	€ 72,00/unità	Autorizzazione ed accreditamento ai sensi della normativa della Regione Toscana in materia
SOLLIEVO	A favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psico-fisiche necessarie all'assistenza del beneficiario qualora la necessità assistenziale non sia integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma è integrata	€ 18,00/h	Per sollievo domiciliare: Attestato di qualifica professionale riconosciuto Per sollievo residenziale:



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

	da uno o più familiari conviventi o non conviventi attraverso le cosiddette “cure familiari” a carattere: <ul style="list-style-type: none"> • domiciliare • residenziale 	€ 130,00/unità	Autorizzazione ed accreditamento ai sensi della normativa della Regione Toscana in materia
TRASFERIMENTO ASSISTITO	Servizi di accompagnamento trasporto	€10 a tratta nel comune di residenza €20 a tratta nei comuni limitrofi	Soggetti accreditati ai servizi alla persona ex LRT 82/009
PERCORSI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA	Servizi di Assistenza Scolastica specialistica	€ 25/h	Educatore professionale iscritto all'albo
SERVIZI PER MINORI AFFETTI DA AUTISMO	Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo	€ 130/unità	Autorizzazione ed accreditamento come previsto dalla normativa regionale in materia
SERVIZI SPORTIVI A SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI	Servizi sportivi rivolti a non autosufficienti per potenziare le diverse abilità e favorire la crescita e livello di autonomia	€ 25/h	Istruttori qualificati inerenti la disciplina sportiva e/o professionisti a vario titolo specializzati. Laurea in scienze motorie e sportive o titolo equipollente o qualifica di specializzazione riferita alla disabilità trattata

Gli importi in questione sono da considerarsi comprensivi di IVA se e quando dovuta. E' fatta salva la possibilità per la Società della Salute del Mugello di prevedere variazioni dei suddetti importi in ragione delle esigenze del beneficiario, previa accettazione della Società della Salute;

So ammessi anche i candidati che, dimostrando di essere in possesso dei requisiti richiesti dal presente Avviso, svolgano prestazioni per importi inferiori da quanto previsto dal sistema tabellare di cui sopra;



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

Come previsto da Bando HCP INPS 2022 le prestazioni da svolgersi sono limitate al budget mensile previsto per ciascun beneficiario e nei limiti previsti dal PAI stipulato congiuntamente con l'Assistente Sociale. Restano ferme le norme sui cumuli mensili previsti da Bando HCP.

Art. 5 – Soggetti invitati a partecipare all'Avviso

Possono partecipare alla presente Manifestazione di Interesse i fornitori autorizzati ed accreditati all'erogazione di prestazioni domiciliari, socio-assistenziali, socio-sanitarie, socio-educative e prestazioni residenziali e semiresidenziali in accordo alle normativa regionale vigente.

Sono ammessi alla partecipazione gli enti del Terzo Settore di cui al d.lgs 117/2017 iscritti al Registro Unico;

Art. 6 – Requisiti di ammissione

Il presente Avviso è rivolto ai fornitori in possesso dei seguenti requisiti:

- capacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- assenza di situazioni di incompatibilità e conflitto di interesse;
- comprovata esperienza del personale impiegato;
- regolarità contributiva (DURC);
- Accreditamento ed autorizzazione al funzionamento qualora sia previsto dalla normativa vigente;
- Iscrizione all'Albo Nazionale o all'Albo regionale delle società cooperative/RUNTS con oggetto corrispondente a quello del servizio di riferimento al presente bando, ove previsto dalla natura del fornitore;
- Polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o cose conseguenti all'attività del servizio;
- Figure professionali: avere in dotazione organica delle figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni integrative;

Si precisa che tutti i requisiti sovracitati devono, a pena di esclusione, essere posseduti e dichiarati al momento della presentazione della domanda e mantenuti durante l'esecuzione del progetto.

Art. 7 – Modalità di presentazione della domanda

Le proposte di adesione devono essere indirizzate alla Società della Salute del Mugello, a mezzo PEC, all'indirizzo sdsmugello@postacert.toscana.it riportante nell'oggetto:

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PRESTAZIONI INTEGRATIVE: HCP 2022”

Le domande di adesione potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente avviso sul portale online della Società della Salute del Mugello con scadenza



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

entro le ore 12 del giorno 29.06.2025;

La documentazione utile alla corretta presentazione della domanda dovrà esser così composta:

- Domanda di partecipazione (All.C);
- Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico-economica-finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 (All. E);
- Documento di identità in corso di validità del Rappresentante Legale o del Professionista;
- Modello di tracciabilità finanziaria (All.D);

La Società della Salute del Mugello valuterà le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza ed adeguatezza rispetto a quanto richiesto dal presente Avviso.

Art. 8 – Inammissibilità delle domande

Sono da ritenersi inammissibili le manifestazioni di interesse:

- pervenute oltre il termine previsto dal presente Avviso;
- presentate da soggetti diversi da quelli legittimati dagli artt. 7 ed 8 del presente Avviso
- prive della documentazione richiesta ai sensi dell'art. 9 del presente Avviso;
- presentate o trasmesse secondo modalità differenti da quelle previste dall'art. 9 del presente Avviso;

Art. 9 – Verifiche e controlli

La Società della Salute del Mugello si riserva di procedere a controlli, anche a campione, relativamente alla veridicità di quanto dichiarato in merito al possesso dei requisiti di partecipazione.

La non corrispondenza tra quanto dichiarato e documentato rispetto alle risultanze comporterà l'esclusione del proponente e le eventuali sanzioni civili e penali di cui al D.P.R. 445/2000.

I requisiti dovranno essere posseduti entro la data di presentazione della domanda di partecipazione e dovranno essere mantenuti per l'intera durata contrattuale.

Art. 10 – Informativa in materia di protezione dei dati personali

La Società della Salute del Mugello in esecuzione degli obblighi imposti dal Regolamento UE 679/2016 precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza.

Il trattamento dei dati ha la finalità di consentire l'accertamento della ammissibilità dei concorrenti a partecipare alla procedura e che quindi è indispensabile, pena l'esclusione della stessa.

Titolare del trattamento è la Società della Salute del Mugello, con sede legale in Via Togliatti, 29 – Borgo San Lorenzo (FI) – 50032 e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it PEC: sdsmugello@postacert.toscana.it;

La Società della Salute del Mugello ha designato un Responsabile della Protezione dei dati personali, contattabile al seguente indirizzo mail: sds@dpo-rdp.eu



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGIO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

All.B

CONVENZIONE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE DAL PROGETTO *HOME CARE PREMIUM 2022-2025*

L'anno duemilaventiquattro il giorno del mese di

TRA

La Società della Salute del Mugello, C.F. 05517830484, con sede legale in via Togliatti, 29 50032, Borgo San Lorenzo (FI), rappresentata dal suo Direttore Dott. Marco Brintazzoli, nato a Firenze, il 13.04.1965, domiciliato ai fini del presente avviso presso la sede legale dell'Ente

E

L'Ente/Studio/Professionista _____, con sede legale
in _____ Prov _____, via _____ n. _____ C.F. _____
legalmente rappresentato da _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____, residente in _____ via _____
indirizzo PEC _____
indirizzo e-mail: _____
tel _____

accreditato per l'erogazione delle prestazioni integrative di seguito indicate:

- Altri servizi professionali: Psicologo
- Altri servizi professionali domiciliari: Fisioterapista
- Altri servizi professionali domiciliari: Logopedista
- Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro diurno socio-riabilitativo per disabili;
- Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro diurno per anziani
- Sollievo: sollievo domiciliare
- Sollievo: sollievo residenziale
- Pasti a domicilio
- Assistenza domiciliare
- Educativa Domiciliare
- Servizio per attività sportive diversamente abili: Servizi sportivi

VISTI

- l.n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- l.n. 328/2000 denominata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il d.lgs 117/2017 "Codice del Terzo Settore";
- L.R.T. n. 41/2005 la quale dispone il "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

- L.R.T. 51/2009 recante “*Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento*”
- L.R.T. n. 82/2009 “*Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato*”
- Il “*Bando Pubblico per il Progetto Home Care Premium 2022-2025 – Assistenza Domiciliare*” emesso dall’Istituto Nazionale Previdenza Sociale;
- il Provvedimento del Direttore di questa Società della Salute n. 57/2022 “*Progetto INPS HCP – Home Care Premium 2022 – Assistenza Domiciliare 1° luglio 2022 Al 30 giugno 2025 – Approvazione accordo con INPS per erogazione prestazioni integrative*”;

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

Oggetto e finalità

La presente Convenzione regola i rapporti tra le parti per l'erogazione di servizi alla persona e prestazioni integrative definite da INPS come un complesso di interventi e servizi a carattere Socio-Assistenziale, finalizzati a superare situazioni di difficoltà contingente, per migliorare stati di disagi prolungati e/o cronici; tali interventi mirano, infatti, alla prevenzione del decadimento fisico e cognitivo, per conservare l'autonomia della persona e garantire un costante supporto al nucleo familiare. In particolare, con la presente convenzione, si intendono garantire le seguenti finalità:

- centralità della persona ed il suo ruolo attivo nell'ambito dell'elaborazione del bisogno assistenziale, della predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e nella scelta del fornitore più adatto al soddisfacimento delle proprie esigenze;
- Assicurare qualità ed efficienza dei servizi e delle prestazioni erogate dal fornitore e garantire omogeneità nelle modalità di gestione/erogazione di tutti i servizi socio-assistenziali nel territorio zonale;
- assicurare un'adeguata concorrenza tra i diversi fornitori accompagnata da criteri di trasparenza imparzialità e parità di condizioni;

Art. 2

Durata

La presente Convenzione ha validità dalla data di sottoscrizione fino al 29/06/2025, salvo eventuali proroghe dalla durata intera del nuovo Progetto, su accordo tra le parti;

Art. 3

Beneficiari delle prestazioni integrative

Sono beneficiari i dipendenti e pensionati pubblici iscritti alla gestione Unitaria Prestazioni Creditizie e sociali, i loro coniugi per i quali non sia intervenuta sentenza di separazione, i parenti di primo grado non autosufficienti e tutti coloro come definiti dall'art. 3 del Bando HCP 2022;

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Art. 4

Prestazioni oggetto della Convenzione

I servizi e le prestazioni erogate dalla Società della Salute del Mugello vengono definite da INPS nel Bando HCP 2022-2025, come prestazioni integrative. In particolare le prestazioni sono costituite da un complesso di interventi e servizi a carattere socio-assistenziale, finalizzate a superare situazioni di difficoltà contingente.

I fornitori possono richiedere l'iscrizione nell'elenco dell'ambito delle cosiddette prestazioni integrative descritte dall'Avviso di Manifestazione di Interesse;

Art. 5

Modalità attuative

Sono descritte nella presente Convenzione le procedure per la corretta erogazione delle prestazioni integrative, in particolare:

- L'Assistente Sociale dello sportello HCP predispose l'attivazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) in accordo con il beneficiario e la sua famiglia. Il PAI è il progetto personalizzato nel quale sono indicate le prestazioni ed i limiti di budget che il fornitore individuato è tenuto a rispettare. Con l'accettazione del PAI da parte del beneficiario su apposita piattaforma online INPS si attiva il Progetto con il budget mensile così individuato da INPS. Nel caso in cui la sottoscrizione del PAI avvenga entro il 20 del mese, gli interventi così individuati acquisiranno efficacia a partire dal mese successivo. Se l'accettazione del Piano avviene in giorni successivi al 20 del mese, tali interventi si avvieranno dal secondo mese successivo a quello della sottoscrizione;
- il beneficiario del Piano HCP ed i suoi familiari vengono coinvolti in tutte le fasi del Progetto, al fine di garantire l'elaborazione di un piano di interventi su misura delle necessità socio-assistenziali dell'individuo;
- il beneficiario HCP ha la possibilità di scegliere il fornitore del servizio tra coloro che sono iscritti nell'Elenco. La scelta viene effettuata tramite la compilazione, da parte dell'utente o di un suo familiare, del Modulo "scelta fornitore". Tale documento, debitamente compilato e sottoscritto, può essere consegnato *brevi manu* all'Assistente Sociale di riferimento o via mail all'indirizzo: homecare.sdsmugello@uslcentro.toscana.it;
- nel corso del progetto l'utente potrà sostituire il fornitore delle prestazioni con altro fornitore presente nell'elenco individuato da questa Società della Salute. L'utente dovrà esprimere le proprie intenzioni e motivazioni compilando il modulo "Variazione fornitore" allegato all'Avviso. Una volta compilato e sottoscritto il modulo, l'Assistente Sociale comunicherà all'utente l'accettazione o il rigetto della richiesta;
- Individuato il fornitore ai sensi dei commi di cui sopra, la Società della Salute procederà ad inviare formale comunicazione all'indirizzo PEC/e-mail dello stesso con tutte le indicazioni utili alla corretta e trasparente fatturazione elettronica;

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Art. 6 Certificazione di servizio

Entro il giorno 10 (dieci) di ogni mese ciascun fornitore dovrà trasmettere all'indirizzo homecare.sdsmugello@uslcentro.toscana.it il modulo "Servizio reso" allegato all'Avviso cui la presente Convenzione costituisce parte integrante;

Art. 7 Modalità di fatturazione

La fattura elettronica dovrà essere esclusivamente intestata alla Società della Salute del Mugello e tassativamente riporterà:

- CIG (Codice Identificativo Gara)
- la dicitura "Progetto HCP 2022 SdS Mugello – xxx (nome/cognome beneficiario)
- periodo di riferimento di esecuzione del servizio/prestazione (mese ed anno)

Il pagamento delle fatture avviene con cadenza mensile o comunque entro 60 giorni dalla ricezione delle stesse, come previsto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Il pagamento delle fatture emesse dal fornitore si limita al budget mensile (o eventuali cumuli di mensilità precedenti qualora non siano state usufruite dal beneficiario) assegnato da INPS al beneficiario.

Art. 8 Obblighi del fornitore

Ai fini del regolare svolgimento del Progetto, il fornitore è tenuto a:

- trasmettere la documentazione inerente alle procedure di certificazione/fatturazione dei servizi, secondo i tempi e le modalità stabilite dalla presente Convenzione;
- emettere fattura nei limiti previsti dal budget mensile assegnato a ciascun beneficiario e preventivamente comunicato da questa Società della Salute
- garantire l'espletamento delle prestazioni in accordo alle necessità del beneficiario del progetto e di quanto stabilito da INPS in materia di budget individuale e prestazioni;
- garantire l'osservanza della normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- garantire l'osservanza della normativa vigente in materia di lavoro ed assicurazioni sociali, regolamenti e Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro;
- individuare la figura di un coordinatore/referente quando le dimensioni del fornitore lo rendano necessario, dando comunicazione alla Società della Salute del Mugello del suo nominativo e contatti;
- aggiornare preventivamente gli Uffici della Società della Salute del Mugello in caso di eventuali criticità riscontrate nella gestione del servizio prima di una eventuale unilaterale sospensione dello stesso;
- essere accreditati presso Regione toscana per l'esercizio delle prestazioni richieste qualora le norme di leggi vigenti lo prevedano;
- L'iscrizione al RUNTS *ex* d.lgs 117/2017 per gli Enti del Terzo Settore aderenti al presente atto;

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGIO SAN LORENZO (FI)

- attivare adeguata polizza assicurativa per responsabilità civile verso terzi dedicata ai rischi derivanti dall'erogazione delle prestazioni previste di durata non inferiore alla durata della Convenzione;
- dotarsi di adeguata Carta dei Servizi aggiornata qualora la normativa vigente lo preveda;

Art. 9

Inadempimenti e sospensione dall'elenco

L'iscrizione all'Elenco comporta la conoscenza e la piena accettazione di tutte le regole, patti e condizioni indicate nell'Avviso, nei suoi allegati e nella presente convenzione.

Il fornitore può essere sospeso dall'elenco nei seguenti casi:

- perdita, anche temporanea, di uno dei requisiti minimi di carattere generale e di idoneità professionale, di idoneità tecnica e dei requisiti di capacità economico/finanziaria; i termini della sospensione decorreranno dalla data di accertata inadempienza e termineranno con l'avvenuta regolarizzazione da parte del fornitore;
- gravi violazioni degli obblighi previsti dalla presente convenzione, tali da compromettere il buon andamento del servizio;
- gravi violazioni di principi, regole e norme di tipo etico/comportamentali e deontologiche per tutte le cause previste dalle leggi vigenti;

Eventuali contestazioni e/o osservazioni relative ad inadempimenti e/o non esatti adempimenti devono essere comunicate dalla SdS all'Associazione/Ente Terzo settore/Professionista per iscritto entro 15 giorni dall'accertamento dell'inadempimento o della rilevazione del fatto da contestare, fissando un termine entro il quale l'Associazione può adottare i provvedimenti necessari. Trascorso inutilmente tale termine, la Convenzione si intende risolta.

Art. 10

Tutela della Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, i dati personali del fornitore raccolti dalla Società della Salute del Mugello per le finalità della presente Convenzione saranno trattati, anche in modalità informatizzata, in conformità alla normativa vigente in materia ed ai soli fini delle attività oggetto della presente Convenzione e per la durata della stessa;

E' riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati personali per ottenerne la rettifica, la limitazione o la cancellazione, se incompleti od erronei o raccolti per fini diversi da quelli previsti dal presente atto. A tal proposito si specifica che:

- il titolare del trattamento dati è la Società della Salute del Mugello
- ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 679/2016, il responsabile per la protezione dei dati per la Società della Salute del Mugello è l'Avv. Michele Morriello con studio in Viale Gramsci, 23, 50122, Firenze, al quale è possibile inviare richieste per far valere i propri diritti in materia di privacy all'indirizzo mail sds@dpo-rpd.eu

Art. 11

Controversie e rinvio

Documento firmato digitalmente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Le parti risolvono le controversie di qualsiasi natura che dovessero insorgere in ordine all'interpretazione e all'applicazione della presente Convezione, ispirandosi ai principi della leale collaborazione e cooperazione, correttezza e buona fede.

Per eventuali controversie relative all'applicazione della presente Convenzione è competente il Foro di Firenze

Letto, scritto ed approvato



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

All. C

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni integrative di cui al Progetto HOME CARE PREMIUM 2022-2025 finanziato da INPS.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
____/____/____/ C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via
_____ n. _____ Telefono _____
_____ cellulare _____ e-mail
_____ PEC _____

In qualità di Legale Rappresentante del fornitore di seguito indicato:

Denominazione _____

Cod.Fiscale/P.I. _____

Sede Legale (indirizzo) _____

N.Tel. _____ E-mail _____

PEC _____

Sede Operativa (indirizzo) _____

N.Tel. _____ E-mail PEC _____

Costituito nella seguente nella forma giuridica:

<input type="checkbox"/>	Impresa
<input type="checkbox"/>	Libero Professionista
<input type="checkbox"/>	Cooperativa sociale
<input type="checkbox"/>	Associazione di volontariato/promozione sociale
<input type="checkbox"/>	Studio Professionale Associato
<input type="checkbox"/>	ONLUS
<input type="checkbox"/>	Altre Associazioni e/o ente privo di scopo di lucro (<i>specificare</i>)



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

MANIFESTA INTERESSE PER

richiedere l'iscrizione Elenco dei Fornitori delle prestazioni integrative nei Comuni consorzianti la Società della Salute del Mugello, previste nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022 - INPS - Periodo 01/10/2024 – 30/06/2025, per le seguenti prestazioni:

- Altri servizi professionali: Psicologo
- Altri servizi professionali domiciliari: Fisioterapista
- Altri servizi professionali domiciliari: Logopedista
- Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro diurno socio-riabilitativo per disabili;
- Servizi e strutture a carattere extra-domiciliare: Centro diurno per anziani
- Sollievo: sollievo domiciliare
- Sollievo: sollievo residenziale
- Pasti a domicilio
- Assistenza domiciliare
- Educativa Domiciliare
- Servizio per attività sportive diversamente abili: Servizi sportivi

e a tal fine dichiara ed informa che

Ai sensi del DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n°445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

	Di avere preso visione dell'Avviso e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
	Di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2022 residenti nei Comuni consorzianti la Società della Salute del Mugello;
	Di essere in regola, ove dovuto: con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/99); con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali in favore dei dipendenti (Legge n.266/02) e secondo la legislazione vigente; con gli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D. Lgs n. 626/94 e ss.mm.e ii.; con il Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC);
	Di essere iscritto alla C.C.I.A.A. competente per territorio, per attività corrispondenti a quelle del presente avviso con indicazione della sezione e del n. di iscrizione (per le imprese): _____ _____
	Di essere in possesso di partita Iva e iscrizione all' Ordine/Collegio Professionale corrispondente al servizio per cui si intende accreditarsi, alla rispettiva Cassa di previdenza, o iscrizione alla gestione separata Inps sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente (con indicazione della sezione e del n. di iscrizione (per i liberi professionisti): _____;



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

	Di essere iscritto all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso il Ministero delle Attività Produttive per il tramite degli uffici delle Camere di Commercio, istituito con D.M. 23.06.2004 o al RUNTS istituito con D. Lgs n.117/2017, con oggetto corrispondente a quello del servizio per cui si intende accreditarsi, con indicazione della sezione e del n. di iscrizione (per cooperative sociali e consorzi tra cooperative) _____;
	Di essere iscritto nel corrispondente Registro, ex L. 383/2000 o al RUNTS, ex D. Lgs. n.117/2017 (con indicazione della sezione e del numero di iscrizione) e possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali con oggetto corrispondente a quelli del presente avviso (per Associazioni di Promozione Sociale); _____;
	Di essere iscritto nel corrispondente Registro, ex L. 266/1991 o al RUNTS ex D. Lgs. n.117/2017 (con indicazione della sezione e del numero di iscrizione) e possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali con oggetto corrispondente a quelli del presente avviso (per Organizzazioni di Volontariato); _____;
	Di essere iscritto all'anagrafe unica tributaria per la categoria corrispondente all'oggetto del presente avviso, con indicazione del numero e luogo di registrazione (per le ONLUS): _____;
	Di essere in possesso di atto costitutivo o statuto con fini istituzionali corrispondenti a quelli del presente avviso, con indicazione del numero e luogo di registrazione (per altre associazioni e/o enti privi di scopo di lucro); _____;
	Di essere in possesso di accreditamento ai sensi della LR Toscana n. 82/2009 n._____ conseguita presso _____;
	Di essere in possesso di autorizzazione all'attività rilasciata dal Comune di _____ in data _____
	Di possedere o impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o cose conseguenti all'attività del servizio;
	Di possedere, in dotazione organica, figure professionali necessarie per l'erogazione delle prestazioni integrative per le quali si intende iscriversi;
	Di non essere stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 13 maggio 1991, n.152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n.203;
	Che l'impresa mantiene la seguente la posizione previdenziale ed assicurativa: INPS sede di _____ matricola n. _____* INAIL sede di matricola n. _____* * nel caso di più iscrizioni, indicare la principale; nel caso di non iscrizione indicare la ragione



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

DICHIARA INOLTRE

- Che, per le prestazioni integrative da erogare ai beneficiari individuati da INPS sulla base dei Piani Assistenziali Individuali, si applicheranno le tariffe indicate nell'avviso, onnicomprensive di ogni onere e imposta, compresi gli eventuali oneri accessori (materiali, supporti amministrativi, coordinamento, formazione, spostamenti, ...);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute del Mugello www.sdsmugello.it;
- che nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi alla Società della Salute del Mugello;
- che tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco, per cui la Società della Salute del Mugello rimane del tutto estraneo a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti;

N.B. le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante del fornitore richiedente; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore. In caso di consorzio, la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta anche dai legali rappresentanti dei soggetti mandanti

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante) _____

N.B.

Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni integrative di cui al Progetto HOME CARE PREMIUM 2022 finanziato da INPS.

1 - DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____ Codice
Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| sesso M F, ⇔ ⇔ Nato/a a
_____ prov. |__|__, Stato _____ il |__|__|/|
|__|__|/|__|__|__|__, cittadinanza _____, residente in
_____ prov. |__|__, Stato _____, indirizzo
_____ n. _____,
C.A.P. |_____| PEC / posta elettronica _____,

2 -DATI DEL FORNITORE

Denominazione (nome del fornitore) _____,
Forma giuridica _____,
codice fiscale/p. IVA _____, ⇔
iscritta alla Camera di Commercio (C. C. I. A. A.) di _____ prov. |__|__, n. REA
|__|__|__|__|__|__|__, (in caso di Impresa);

⇔ iscritto al seguente Collegio/Ordine professionale _____, sez.
_____, n. iscrizione _____, (in caso di Libero Professionista); ⇔ iscritto al seguente Albo Nazionale
_____/ Regionale _____, sez. _____, n. iscrizione _____/ al RUNTS, sez.
_____, n. iscrizione _____ (in caso di Cooperative Sociali o Consorzi tra cooperative);

⇔ iscritto al seguente Registro, ex L. 383/2000 _____ sez. _____, n. iscrizione
_____/ al RUNTS, sez. _____, n. iscrizione _____ (in caso di Associazioni di promozione
sociale, iscritto al seguente ⇔ Registro, ex L.266/1991 _____ sez. _____, n. iscrizione
_____/ al RUNTS, sez. _____, n. iscrizione _____ (in caso di Organizzazioni di
Volontariato),



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

-DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante (firma per esteso e leggibile e timbro dell'impresa)

N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante del fornitore richiedente; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

All.E

TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni integrative di cui al Progetto HOME CARE PREMIUM 2022 finanziato da INPS.

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

residente in Via _____ codice fiscale _____,

in qualità di Legale rappresentante dell'impresa/ente terzo settore/studio _____

con sede in Via _____

Tel. _____ PEC _____ e-mail _____

con Codice Fiscale e PartitaIva n. _____

in relazione alla procedura di accreditamento per l'erogazione dei servizi e delle prestazioni previste nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022, ai fini del pagamento delle somme dovute da codesto Ente gestore per nostre fatture emesse, consapevole che la falsa dichiarazione comporta responsabilità e sanzioni civili e penali ai sensi dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000;

DICHIARA

che ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge 13 Agosto 2010, n. 136, è dedicato il seguente conto corrente bancario/postale:

Numero conto corrente: _____

Istituto di Credito: _____

Agenzia: _____

IBAN: _____

BIC: _____

che i soggetti delegati ad operare sul conto corrente sopra menzionato sono i seguenti:



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via _____

Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via _____

Che ai sensi dell'art.3 co. 8 della Legge 136 del 13/08/2010 il sottoscritto sia assume l'obbligo di rispettare la normativa relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari pena nullità assoluta del contratto.

Letto, confermato e sottoscritto il giorno ____ / ____ / ____



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

All.F

MODELLO SCELTA FORNITORE

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

residente in Via _____ codice fiscale _____,

Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale: _____

in qualità di:

beneficiario familiare altro (specificare) _____

del beneficiario/a _____ nato/a _____ il _____,

residente in Via _____ codice fiscale _____,

Tel. _____ e-mail _____

CodiceFiscale: _____ CodiceIDHCP _____

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni integrative previste nell'ambito del progetto HCP2022 ai sensi dell'art. 21 lett. B e ss.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di scegliere per il servizio indicato, il fornitore di seguito specificato: (indicare con apposita crocetta il servizio previsto nel PAI e il nominativo del fornitore scelto)

B. ALTRI SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA:

PSICOLOGO FISIOTERAPISTA LOGOPEDISTA

fornitore: _____



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

C. SERVIZI E STRUTTURE A CARATTERE EXTRADOMICILIARE CENTRI DIURNI SOCIO-EDUCATIVI RIABILITATIVI DIURNI PER DISABILI;

Struttura (denominazione ed indirizzo) _____
Fornitore _____

CENTRO DIURNO ANZIANI

Struttura (denominazione ed indirizzo) _____
Fornitore _____

D. SOLLIEVO DOMICILIARE

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA ASSISTENTE FAMILIARE

H. PERCORSI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

FIGURA PROFESSIONALE RICHIESTA:

EDUCATORE PROFESSIONALE/CENTRO SPECIALIZZATO

Fornitore _____

ALTRI SERVIZI PREVISTI DA BANDO HCP ART 21:

servizio scelto: _____

fornitore: _____



REGIONE TOSCANA
Società della Salute del Mugello
C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI)

All.G

MODULO VARIAZIONE FORNITORI

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

residente in Via _____ codice fiscale _____,

Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale: _____

in qualità di:

beneficiario

familiare

altro (specificare)

del beneficiario/a _____ nato/a _____ il _____,

residente in Via _____ codice fiscale _____,

Tel. _____ e-mail _____

CodiceFiscale: _____ CodiceIDHCP _____

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni integrative previste nell'ambito del progetto HCP 2022

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di voler cambiare la Ditta/Professionista fornitrice delle prestazioni socio assistenziali integrative previste nell'ambito del progetto HCP2022, scegliendo il seguente fornitore:

firma

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 103 del 01-10-2024

In pubblicazione all'Albo della Società della Salute dal 01-10-2024 al 16-10-2024

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005
in data 01-10-2024**