

**Al Comune di Ragusa – Ente capofila del Distretto 44**

**VII Settore –Servizi Sociali**

**Oggetto: Domanda di accreditamento dei soggetti che intendono operare nel territorio del Comune di Ragusa per la gestione del servizio “Trasporto presso centri di riabilitazione soggetti disabili”.**

Il sottoscritto ..... nato a .....  
il .....residente.....Via .....n..... nella qualità  
di Legale Rappresentante dell’Organismo ..... con sede legale in  
Via ..... città ..... Prov. .... C.F.  
..... P.IVA.....tel.  
..... PEC .....  
e-mail .....

**CHIEDE**

di essere accreditato per la realizzazione del servizio “Trasporto presso centri di riabilitazione soggetti disabili”

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge ed in particolare ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445, che l’organizzazione possiede i seguenti requisiti:

1. Iscrizione all'albo regionale ex art. 26 della l.r. n. 22/86 sez. Inabili ;
2. Assenza di cause di esclusione di cui agli art. 94,95 del D.lgs n. 36/23;
3. Applicazione integrale, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento, dei CCNL di settore e degli accordi integrativi;
4. Regolare posizione in materia di contributi previdenziali e assistenziali;
5. Regolare posizione rispetto agli obblighi ed adempimenti in materia di diritto del lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/1999;
6. Esperienza nella gestione nell'ultimo biennio 23/24 di almeno un servizio “Trasporto disabili ammessi a terapia riabilitativa” da dimostrare con un fatturato relativo alle specifiche prestazioni di importo non inferiore ad € 40.000;
7. Capacità economico finanziaria da dimostrare tramite n.01 referenza bancaria con l'istituto bancario con il quale la ditta intrattiene rapporti, che attesti che la stessa ha sempre fatto fronte con regolarità e puntualità ai propri impegni nei confronti dell’istituto;
8. Adozione della carta dei servizi;
9. Adempimento di tutto quanto previsto dalla normativa sulla sicurezza dei posti di lavoro.

**DICHIARA**

*(in caso di RTI o di Consorzio, la dichiarazione dovrà essere prodotta da tutti i partecipanti riuniti o che intendono riunirsi in RTI o in Consorzio)*

Insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 94 e 95 del D.lgs 36/2023- (solo in caso di firma congiunta) che il/i seguente/i legale/i rappresentante/i:

.....  
.....

ha/hanno firma congiunta con il/i seguente/i altro/i legale/i rappresentante/i:

.....  
.....

- (per tutti), di autorizzare l'invio di tutte le comunicazioni inerenti il presente accreditamento a mezzo di posta elettronica certificata all'indirizzo \_\_\_\_\_
- (per tutti) di aver preso visione integrale e accurata degli atti inerenti la procedura di accreditamento, pubblicati sul sito internet del Comune di Ragusa e di accertare incondizionatamente tutte le clausole, descrizioni e prescrizioni in essi contenuti e di aver giudicato i prezzi nel loro complesso remunerativi;
- (solo per i consorzi) che i consorziati per i quali il consorzio concorre sono i seguenti, relativamente ai quali ultimi con meno di tre anni di esperienza gli stessi non possono essere accreditati.

Allega a pena di esclusione

**PATTO PER ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI OPERANTI O CHE INTENDONO OPERARE NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI RAGUSA per l'erogazione del servizio "Trasporto presso centri di riabilitazione"**

- a) debitamente sottoscritto e timbrato dal legale rappresentante dell'organizzazione richiedente in ogni foglio apponendo la dicitura " PER ACCETTAZIONE INTEGRALE ";
- b) Referenza bancaria;
- c) Documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante dell'organizzazione richiedente.
- d) Carta di servizi

data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_