

MANIFESTAZIONE INTERESSE PER ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

ai sensi della DGR 514/2009, punto 7.3.1 allegato 1

Al Comune di Cesena

Soggetto istituzionale competente per il
Distretto Cesena Valle Savio alla
concessione dell'accREDITamento

1°

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
in qualità di legale rappresentante di _____
con sede legale in _____ avente. P.I n° _____
e Codice Fiscale _____

2°

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
in qualità di legale rappresentante di _____
con sede legale in _____ avente. P.I n° _____
e Codice Fiscale _____

3°

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
in qualità di legale rappresentante di _____
con sede legale in _____ avente. P.I n° _____
e Codice Fiscale _____

4°

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
in qualità di legale rappresentante di _____
con sede legale in _____ avente. P.I n° _____
e Codice Fiscale _____

Fac Simile

preso atto dell'avviso pubblico del Comune di Cesena approvato con determina dirigenziale n° 1550 del 7 ottobre 2010,

intenzionati a costituire un raggruppamento temporaneo di impresa/consorzio in caso di rilascio dell'accREDITAMENTO provvisorio al fine di assicurare la responsabilità gestionale unitaria nel rispetto di quanto indicato al punto 1.2 dell'allegato A dell'allegato 1 della DGR 514 del 2009

ovvero

già costituiti in raggruppamento temporaneo d'impresa con apposita scrittura privata del.....
con la quale è stato dato mandato collettivo speciale con rappresentanza a.....

MANIFESTANO IL PROPRIO INTERESSE

al rilascio dell'accREDITAMENTO provvisorio ai sensi della DGR 514/2009 punto 7.3 per

1. *il Servizio residenziale per anziani "Violante Malatesta" di Cesena;*
2. *il Servizio di Centro Diurno dedicato alle demenze presso la struttura Violante Malatesta di Cesena.*

e, al fine di attestare il possesso delle caratteristiche e delle capacità idonee a garantire un'adeguata gestione del servizio necessarie per essere invitati alla selezione informale, consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

DICHIARANO

Di gestire in modo continuativo negli ultimi cinque anni i seguenti servizi:

soggetto 1°

- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Altro

soggetto 2°

- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in

Fac Simile

- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Altro

soggetto 3°

- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Altro

soggetto 4°

- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Servizio/i di presso struttura residenziale denominata sita in
- Altro

2) aver maturato un fatturato complessivo relativo ad attività socio-assistenziali negli ultimi tre esercizi (2007, 2008 e 2009) IVA esclusa di euro così ripartiti:

Soggetto 1°: eruo.....;

Soggetto 2°: eruo.....;

Soggetto 3°: eruo.....;

Soggetto 4°: eruo.....;

3) di avere alle proprie dipendenze alla data del 30 settembre 2010 i seguenti operatori addetti all'assistenza alla persona:

soggetto 1°

- OTA n°.....,
- ADB n°.....,
- OSS n°
- Infermieri professionali n°
- Tecnici della riabilitazione n°

soggetto 2°

- OTA n°.....,
- ADB n°.....,
- OSS n°

Fac Simile

- Infermieri professionali n°
- Tecnici della riabilitazione n°

soggetto 3°

- OTA n°
- ADB n°
- OSS n°
- Infermieri professionali n°
- Tecnici della riabilitazione n°

soggetto 4°

- OTA n°
- ADB n°
- OSS n°
- Infermieri professionali n°
- Tecnici della riabilitazione n°

Data _____

Firme

Allegato:

Copia fotostatica del documento di identità dei sottoscrittori

Nota bene

Eliminare tutte le parti di non interesse ovvero aggiungere/replicare le parti che risultassero insufficienti.