

Allegato A**MODELLO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome
 nato/a _____ in data _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ in qualità di
 Rappresentante legale della *associazione di volontariato/ di promozione sociale/cooperativa sociale (cancellare le voci che non interessano)* denominata _____
 iscritta al Registro regionale/albo/RUNTS in data _____ al N _____
 con sede legale in (*indirizzo, CAP, città, provincia*) _____
 _____,
 data di costituzione _____ n.° volontari alla data del 31/12/2022 _____
 codice fiscale _____ partita I.V.A. _____
 Telefono _____ cell _____
 e-mail _____ Pec _____

MANIFESTA

Il proprio interesse ad essere **inserito nell'elenco aziendale dei soggetti disponibili al trasporto scolastico di alunni con grave disabilità residenti nei comuni della provincia di Treviso, iscritti alle istituzioni scolastiche di secondo grado.**

All'uopo dichiara di essere consapevole e di accettare che la presente indagine esplorativa non è vincolante per L'AZIENDA ULSS 2 Marca Trevigiana,

CHIEDE

In qualità di;

- Soggetto singolo;
 Soggetto capofila di Associazione Temporanea di Scopo (ATS);

P'iscrizione nell'elenco aziendale dei soggetti disponibili al trasporto scolastico di alunni con grave disabilità residenti nei comuni della provincia di Treviso, iscritti alle istituzioni scolastiche di secondo grado, da svolgere nei seguenti distretti/comuni:

mettendo a disposizione N° _____ veicoli (*specificare il modello*): _____

di cui _____ attrezzato/i per il trasporto di carrozzine (*specificare il modello*): _____

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e s. m. i., consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, e consapevole altresì che qualora

emerge la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadranno i benefici per i quali la stessa è rilasciata

DICHIARA

- che le Associazioni/soggetti privati che compongono l'ATS sono le/i seguenti (*se del caso*):

- di non avere procedure di cancellazione al Registro regionale/albo/RUNTS in corso;
- che nei propri confronti e nei confronti di tutti i soggetti sopraindicati non ricorre alcuna delle cause di esclusione previste dall'articolo 80 del D.Lgs. 50/2016;
- essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti dell'eventuale personale dipendente e/o dei soci volontari;
- impiego di personale volontario in misura prevalente rispetto al personale dipendente;
- essere nelle condizioni di poter garantire lo svolgimento delle attività di cui sopra in ragione del numero dei mezzi e della disponibilità di volontari
- esperienza di almeno un anno (12 mesi), alla data di presentazione della domanda, nell'ambito delle attività sopra elencate;
- osservanza di tutte le disposizioni di legge esistenti in materia di assicurazioni (anche dell'automezzo)/polizza assicurativa per gli infortuni, malattie connesse all'attività, nonché la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi dei volontari/operatori oltre all'osservanza di qualsiasi altra disposizione di legge vigenti;
- rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs. n. 81/08) nonché il rispetto di tutti gli adempimenti di legge nei confronti di eventuali lavoratori dipendenti;
- avere legami significativi e valide collaborazioni con la rete dei servizi sociali e sanitari territoriali dell'ULSS o dei Comuni della provincia di Treviso;
- che i dati e le notizie della presente domanda ed i relativi allegati rispondono a verità ed alle intenzioni del richiedente in osservanza delle disposizioni previste;

Inoltre:

Dichiara altresì di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di fornire liberatoria ai fini della pubblicità e trasparenza degli atti prevista dal D.lgs n.33/2013.

SI ALLEGA fotocopia di DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO in corso di validità,

(sottoscrizione del legale rappresentante dell'ente richiedente e di tutti gli organismi in caso di proposta congiunta in ATS)

Data

Firma del legale rappresentante