

Allegato A – Fac-simile di domanda di partecipazione

Avviso pubblico finalizzato all'individuazione di soggetti disponibili alla co-progettazione mediante accreditamento (D.lgs. 117/2017) cui affidare la realizzazione di progetti personalizzati, sostenuti con il Fondo per l'Autonomia Possibile (art. 10 DPReg. n. 214/Pres. del 22 dicembre 2023), in favore delle persone con problemi di salute mentale e/o di dipendenza patologica, finalizzati al recupero dell'autonomia personale e all'integrazione sociale e lavorativa, in carico al Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale e alla SOC Neuropsichiatria Infantile di ASUFC

FC25SER027

Il/La sottoscritto/a	
nato/a	
il	
C.F.	
Residente in	Prov.
Via /Piazza	
In qualità di legale rappresentante di	
Avente sede legale in	
Via/piazza	
C.F./P.IVA	
Telefono	
E-mail	
Pec	
Avente la seguente forma giuridica	
Svolgere la propria attività in	

CHIEDE

di partecipare alla co-progettazione mediante accreditamento per la realizzazione di progetti personalizzati, sostenuti con il Fondo per l'Autonomia Possibile (art. 10 DPReg.

n. 214/Pres. del 22 dicembre 2023), in favore delle persone con problemi di salute mentale e/o di dipendenza patologica, finalizzati al recupero dell'autonomia personale e all'integrazione sociale e lavorativa, in carico al Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale e alla SOC Neuropsichiatria Infantile di ASUFC.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, e in relazione alle azioni nell'Avviso pubblico approvato con determinazione n. _____ del _____, dichiara quanto segue:

1. Nota che espliciti il possesso delle specifiche competenze e delle relative esperienze svolte nel territorio di ASUFC in relazione alle attività previste dall'art. 3 dell'Avviso. (max 2.500 caratteri spazi esclusi)

Si chiede altresì di specificare per quali aree si intende partecipare compilando la seguente tabella con una X:

BENEFICIARI	TERRITORIO	ADESIONE
Persone in carico ai Servizi di Salute Mentale (Adulti)	Alto Friuli	
	Medio Friuli	
	Bassa Friulana	

BENEFICIARI	TERRITORIO	ADESIONE
Persone in carico ai Servizi Area Dipendenze	Alto Friuli	
	Medio Friuli	
	Bassa Friulana	

BENEFICIARI	TERRITORIO	ADESIONE
Persone in carico ai Servizi della Neuropsichiatria Infantile	Alto Friuli	
	Medio Friuli	
	Bassa Friulana	

2. Nota che espliciti le risorse messe a disposizione per la realizzazione di progetti personalizzati (materiali, strumentali, umane e finanziarie).
(max 2.500 caratteri spazi esclusi)

3. Nota che espliciti la capacità tecnica e professionale del personale dedicato alla realizzazione di progetti personalizzati.
(max 1.800 caratteri spazi esclusi)

4. Nota che espliciti i rapporti di collaborazione con enti, organizzazioni impegnate nell'ambito di interesse ed eventuali reti di collaborazioni.
(max 1.500 caratteri spazi esclusi)

5. Nota che espliciti le attività di integrazione con la comunità locale, progetti, attività territoriale e collaborazioni.
(max 1.500 caratteri spazi esclusi)

6. Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse.
(max 1.500 caratteri spazi esclusi)

Consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara inoltre:

1. di essere un Ente del Terzo settore iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) dal _____;
2. la presenza di sede legale nell'ambito territoriale della Regione Autonomia Friuli Venezia Giulia;
3. l'assenza delle cause di esclusione di cui agli artt. 94, 95, 96, 97, 98 e 99 del D.lgs. 36/2023;
4. che il referente ai fini del presente avviso è (nome e cognome) _____ tel_____ e-mail _____;
5. di essere in regola in merito all'applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro e rispetto delle norme per il diritto al lavoro dei disabili, ove applicabili;
6. di essere in possesso di polizza assicurativa contro il rischio della responsabilità civile per danni a persone o a cose in corso di validità, anche per eventuali volontari, ai sensi dell'art. 8 dell'Avviso;
7. di impegnarsi a far rispettare ai propri dipendenti e/o collaboratori il codice di comportamento in vigore per i dipendenti dell'ASUFC (Codice di comportamento attualmente vigente: Codice approvato con Decreto del Direttore Generale ASUFC n. 1416 del 22.12.2022);
8. di impegnarsi a trattare i dati sensibili ed ultrasensibili dei beneficiari dei progetti in carico al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e alla SOC Neuropsichiatria Infantile ASUFC, dei quali si è venuti a conoscenza in occasione della realizzazione degli interventi, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di privacy garantendo il mantenimento del segreto d'ufficio su fatti o circostanze concernenti l'organizzazione e l'andamento di ASUFC, dei vari progetti o comunque su fatti e circostanze dei quali abbia avuto notizia durante l'espletamento delle attività;

9. di impegnarsi ad assicurare il personale dipendente o incaricato, i volontari (ex Legge 266/1991), nonché le persone destinatarie delle attività oggetto del presente Avviso, contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento delle attività stesse, nonché per la responsabilità civile verso i terzi, esonerando l'ASUFC da ogni responsabilità correlata a tali eventi;
10. di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;
11. di indicare i seguenti nominativi del legale rappresentante, associati, dipendenti con poteri decisionali nel presente procedimento, ai fini del monitoraggio relativo al conflitto di interesse: _____;
12. di dichiarare di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o di non aver conferito incarichi a ex-dipendenti dell'ASUFC (nel triennio successivo alla cessazione del rapporto) che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, nei confronti del Soggetto interessato al presente Avviso, per conto dell'ASUFC, negli ultimi tre anni di servizio;
13. 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 _____;
14. 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;
15. 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;
16. di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416-bis del codice penale;
17. di essere consapevole dell'obbligo di 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 per la partecipazione alla fase di co-progettazione;
18. che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo e-mail e/o PEC: _____;
19. di aver letto l'Avviso e di accettare quanto in esso previsto;
20. di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

21. di allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

SCHEDA FORNITORE			
RAGIONE SOCIALE*:			
SEDE LEGALE*:			
Indirizzo			
N. TEL		PEC:	
PARTITA IVA*:			
CODICE FISCALE*:			
N. ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE E SEDE*:			
SEDE DI RICEZIONE ORDINI*			
DATI PER IL RECAPITO DEGLI ORDINI TRAMITE NSO – NODO SMISTAMENTO ORDINI¹			
Canale di ricezione*:			
Codice Identificativo del canale – Indirizzo telematico*:			
Nominativo e qualifica di un contatto per problematiche*:			
tel.		E-mail:	
PEC Ufficio Ordini:			
SEDE OPERATIVA:			
Indirizzo			
N. TEL		PEC:	
RECAPITI UFFICIO FATTURAZIONE E GESTIONE INCASSI da CLIENTI			
Nominativo e qualifica del contatto per problematiche fattura elettronica			
tel		E-mail:	
E-mail per invio avviso emissione mandato di pagamento *:			
DATI BANCARI (conto corrente dedicato ex art. 3 l. 136/2010 e s.m.i.)*			
BANCA*:			
AGENZIA*:			
N. CONTO CORRENTE DEDICATO*:			
CODICE IBAN*:			
CIN*:			

NOMINATIVO di chi opera effettivamente sul conto*:		
CODICE FISCALE di chi opera effettivamente sul conto*:		
CONTATTI UTILI		
NOMINATIVO E QUALIFICA DEL REFERENTE UFFICIO GARE (OFFERTE, MEPA, FIDEIUSIONI)		
tel.		E-mail:
NOMINATIVO E QUALIFICA DEL REFERENTE UFFICIO ORDINI (ORDINATIVI, CONSEGNE, FATTURAZIONE)		
tel.		E-mail:
NOTE: Si prega di inserire qualsiasi informazione utile per contattarvi		
NOME E COGNOME DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O DI UN SUO PROCURATORE* (allegare documento d'identità)		
<p>1. Il sottoscritto _____ assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche;</p> <p>2. L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia di (...) della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.</p>		
DATA	FIRMA	

Note:
I dati contrassegnati da asterisco (*) vanno compilati obbligatoriamente

¹ Per eventuali informazioni sul NSO si consiglia di visionare, ad. es., il seguente link:
<https://www.giordanella.it/2021/03/il-nodo-smistamento-ordini-nso-e-gli-acquisti-di-beni-e-servizi-nelle-aziende-sanitarie/>. E' scattato l'obbligo per le Amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale di effettuare gli ordini inerenti agli acquisti di beni e servizi tramite il Nucleo Smistamento Ordini (NSO), rispettivamente dal 01/02/2020 e dal 01/01/2021.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: LADI DE CET

CODICE FISCALE: DCTLDA72M10D530W

DATA FIRMA: 12/02/2026 09:41:57

IMPRONTA: 4E75FB42186466063114E2593E1A1309B9B9A7DABCA8D5AE3705740E93DC2973
B9B9A7DABCA8D5AE3705740E93DC2973F460D5AFF4A0904BE9B721A316676FF8
F460D5AFF4A0904BE9B721A316676FF85A4641B341D80F1F294DF2D0C71D78B0
5A4641B341D80F1F294DF2D0C71D78B0213DE995172EB4EB77C4BB8E96515D2F