

***Allegato B***

**PLUS**

***Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino***

**ISTITUZIONE DELL'ALBO *DEI FORNITORI DEGLI INTERVENTI, DELLE***

# PRESTAZIONI E DEI SERVIZI PREVISTI NELL’AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022 - INPS - TRIENNIO 2022-2025

SCHEDA ANAGRAFICA DEL FORNITORE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

# - DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

|  |  |
| --- | --- |
| **Il sottoscritto:**Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

***2. - DATI DELLA DITTA***

Denominazione (nome della ditta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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 Albo professionale , sez. , n. iscrizione , (*in caso di* ***Libero Professionista***);
* iscritto al seguente Albo Nazionale \_ / Regionale , sez. ,

n. iscrizione , (*in caso di* ***Cooperative Sociali*** *o* ***Consorzi tra cooperative***);

* iscrizione all’anagrafe unica tributaria per la seguente categoria , (*in caso di* ***Onlus***);
* iscrizione nel seguente registro , (*in caso di* ***Associazioni di promozione sociale***);
* atto costitutivo o statuto (indicazione del numero e luogo di registrazione)

 ;

Sede legale in: Comune prov. | | | Stato

 , indirizzo n.

C.A.P. | | | | | |, Telefono cellulare , PEC .

|  |
| --- |
| **2.1 SERVIZI E PRESTAZIONI** |
| ***Indicazione del servizio per cui ci si intende iscrivere*** | ***Breve descrizione degli interventi da realizzare per ciascun servizio*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **2.2 PROFILI PROFESSIONALI** |
|  | **Nominativo** |
| ***Profili professionali in dotazione organica corrispondenti al servizio per cui si intende iscrivere*** | , , , |
|  |  **,** |
|  |  **,** |

* *DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:*
	+ *DOCUMENTO D’IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTATE,*
	+ *ORGANIGRAMMA AZIENDALE.*

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.

In caso di consorzio, la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta anche dai legali rappresentanti dei soggetti mandanti.