



Comune di Agrigento - Capofila Distretto Socio - Sanitario D1

(Aragona – Comitini – Favara – Joppolo Giancaxio – Porto Empedocle – Raffadali
Realmonte – Sant’Angelo Muxaro – Santa Elisabetta – Siculiana)

e-mail: distrettosociosaitario@comune.agrigento.it

Allegato C

AL COMUNE DI AGRIGENTO
ENTE CAPOFILA D.S.S.D1

pec: distrettosociosanitariod1@pec.comune.agrigento.it

e-mail: filomena.baio@comune.agrigento.it

AVVISO TRASPORTO DISABILI

Piani di Zona 2018-2019 -2019-2020

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE OPERATORI ECONOMICI

per l’accreditamento e la costituzione di un elenco di soggetti attuatori nell’ambito del Servizio “Trasporto Disabili” Piani di Zona 2018-2019 – 2019-2020.

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ in qualità di _____

dell’impresa/società _____

con sede in _____ Via _____

nr. _____ C.F. _____ P. Iva _____

codice attività _____ tel. _____

cellulare _____ pec: _____

e – mail _____

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori per le seguenti tipologie di trasporto disabili:

a) scolastico: rientra in questa tipologia di trasporto l'accompagnamento dal domicilio, dell'utente presente nel Comune di Agrigento, Aragona, Favara e Raffadali, alle scuole secondarie di primo grado al fine di garantire l'accesso al diritto allo studio e viceversa;

b) riabilitativo: accompagnamenti dal domicilio dell'utente ai centri di riabilitazione per sottoporsi a prestazioni terapeutiche riabilitative al fine di garantire il mantenimento e la prevenzione del degrado di soggetti svantaggiati affetti da gravi patologie che gravano sul livello di autonomia e viceversa;

d) occasionale: rientrano in questa tipologia di trasporto tutti gli accompagnamenti difficilmente programmabili e definibili nel tempo, al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini disabili, (raggiungimento di servizi e/o strutture pubbliche e private a carattere socio sanitario, aggregativo l'effettuazione di visite mediche, terapie ecc.

DICHIARA

di aver maturato una esperienza di almeno 5 anni nel territorio del Distretto Socio Sanitario D1

Inoltre dichiara che, intende partecipare alla presente procedura, come:

- concorrente singolo;

- come mandataria di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio ordinario già costituito fra le seguenti imprese o associazioni (indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa):

- come mandataria di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio da costituirsi fra le seguenti imprese (indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa):

- come consorzio ordinario di concorrenti di cui all'art.45, comma 2, lett. c) del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.
 - che partecipa per sé stesso;
 - che partecipa per le seguenti consorziate:

- come consorzio ordinario di concorrenti di cui all'art.45, comma 2, lett. e) del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.
 - che partecipa per sé stesso;
 - che partecipa per le seguenti consorziate:

Altro:

Luogo e data

Firma del Rappresentante legale

A tal fine, a corredo della presente istanza, produce:

- Carta dei Servizi;
- Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.
- Dichiarazione dei soggetti di cui all'art.80, comma 3, D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.
- Fotocopia, non autenticata, in corso di validità, di documento di identità del sottoscrittore;
- Documento/Decreto attestante l'iscrizione all'Albo di appartenenza, in corso di validità;