# ALLEGATO C

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE quale Partner (art. 7)**

## alla procedura per l’individuazione di soggetti di cui all’ultimo paragrafo dell’art. 11 dell’avviso per la coprogettazione di interventi nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”. Next Generation Eu. CUP J64H000450006 – Società della Salute Alta Val d’Elsa.

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a |
| nato/a |
| il |
| codice fiscale |
| residente a |
| CAP |
| via e n° civico |
| in qualità di legale rappresentante di |
| forma giuridica |
| C.F./P.IVA |
| e-mail |
| PEC |

# CHIEDE

## di essere ammesso a partecipare alla procedura di coprogettazione di interventi nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”. Next Generation Eu. CUP J54H22000300006 in qualità:

* **DI PARTNER DI PROGETTO** per le seguenti attività secondarie e comunque funzionali alle attività principali:

## DICHIARA (da compilare solo se soggetto diverso da P.A.)

* + di essere in possesso di tutti i requisiti di ordine generale per collaborare con la Pubblica Amministrazione, non essere incorso in nessuna causa determinante l’esclusione dalla partecipazione alle procedure e di qualsivoglia causa di inadempimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione ovvero;
  + di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione 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;
  + che non è stata pronunciata alcuna condanna con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l’incapacità a contrarre con la P.A.
  + di non avere procedimenti in corso ai sensi dell’art. 416/bis del Codice penale;
  + 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

* + di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti secondo la legislazione del proprio stato.
  + l’assunzione dell’obbligo di assicurare, in caso di aggiudicazione del contratto, una quota pari almeno al 30 per cento, delle assunzioni necessarie per l’esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali, sia all’occupazione giovanile sia all’occupazione femminile.

***(per le cooperative)***

* + di applicare il CCNL di lavoro anche per i soci della Cooperativa

In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavorativo di disabili (scegliere una delle seguenti tre opzioni):

* di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15.
* di essere tenuto all’applicazione delle norme che disciplinano l’inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse.
* DICHIARA inoltre di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla normativa antimafia d. lgs. 159/2011.

Pertanto, in qualità di rappresentante legale del Soggetto partecipante e con espresso riferimento alla procedura per la quale ha chiesto di essere ammesso, consapevole che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, **ai sensi dell’art.76 del D.P.R. 445/00**, le sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti.

(luogo e data) (firma del Legale Rappresentante)

**Si allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità del dichiarante**