

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
ALLA SHORT LIST DI FORNITORI DI SERVIZI CONCILIAZIONE  
DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO DELLE DONNE**

Il/La sottoscritto/a (nome cognome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ (Prov) il \_\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ (comune) \_\_\_\_\_ (prov)  
in via/piazza \_\_\_\_\_ CA.P. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante dell'impresa/organismo:  
(denominazione) \_\_\_\_\_  
(regione sociale) \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
sito internet \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito/a nella short list di fornitori di servizi di conciliazione istituita nell'ambito del progetto "Sportello di Conciliazione Sociale".

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze penali stabilite dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci e false attestazioni - valendo la presente a tutti gli effetti quale dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR. 445/2000 - fornisce le seguenti informazioni coerentemente con quanto richiesto dall'avviso pubblico per la creazione di una short list di fornitori di servizi di cura e conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle donne.

**A) DATI SULL'IMPRESA RICHIEDENTE**

**DATI GENERALI:**

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| Denominazione                           |  |
| Regione sociale                         |  |
| Tipologia impresa                       |  |
| Settore di attività                     |  |
| Codice fiscale                          |  |
| Partita IVA                             |  |
| <b>SEDE LEGALE:</b>                     |  |
| Indirizzo<br>CAP<br>Provincia<br>Comune |  |
| Telefono<br>Fax<br>Email<br>Sito web    |  |
| <b>SEDI OPERATIVE</b>                   |  |
| Sede di                                 |  |

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| Indirizzo<br>CAP<br>Provincia<br>Comune |  |
|-----------------------------------------|--|

**DATI LEGALE RAPPRESENTANTE:**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nome Cognome         |  |
| Data di nascita      |  |
| Provincia di nascita |  |
| Comune di nascita    |  |
| Comune di residenza  |  |
| Indirizzo            |  |
| Codice fiscale       |  |

**REFERENTE:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nome Cognome    |  |
| Telefono fisso  |  |
| Telefono mobile |  |
| Fax             |  |
| Email           |  |

**B. INFORMAZIONI SUL SERVIZIO/I DI CONCILIAZIONE OGGETTO DELLA DOMANDA**

**Servizio/i proposti:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Descrizione servizi:**

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Nome servizio                       |  |
| Tipologia destinatari               |  |
| Categoria di servizio               |  |
| Tipologia servizio                  |  |
| Progetto combinato                  |  |
| Descrizione del servizio            |  |
| Periodo in cui il servizio è attivo |  |

|                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Orario giornaliero del servizio                                                                                                                                                                      |  |
| Numero massimo utenti                                                                                                                                                                                |  |
| Eventuali posti riservati a beneficiari voucher                                                                                                                                                      |  |
| Descrizione ulteriore per servizio atipico                                                                                                                                                           |  |
| Motivazione specifica per servizio innovativo                                                                                                                                                        |  |
| Tariffa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A corpo, complessiva €</li> <li>▪ Annuale €.</li> <li>▪ Mensile €</li> <li>▪ Settimanale €</li> <li>▪ Giornaliera €</li> <li>▪ Oraria €</li> </ul> |  |
| Eventuali agevolazioni/sconti praticati in favore del progetto "Sportello di Conciliazione Sociale"                                                                                                  |  |

#### **DICHIARA IN OGNI CASO CHE IL SOGGETTO RICHIEDENTE**

- ha la capacità logistica, organizzativa e finanziaria per fornire al meglio i servizi proposti;
- ha la sede operativa nel Comune di Fondi;
- possiede la capacità statutaria (se enti collettivi) nonché tutte le abilitazioni e/o autorizzazioni necessarie alla erogazione dei servizi che si intendono fornire;
- non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo;
- non incorre in una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31 maggio 1965, n.575 (antimafia);
- è in regola rispetto agli obblighi previdenziali, assistenziali, contabili e fiscali, ivi inclusi i pagamenti, sulla stessa gravanti fin dal momento della presentazione della domanda, impegnandosi a conservare tale correttezza fino al termine ultimo del progetto;
- è in regola rispetto agli obblighi discendenti di rapporti di lavoro in genere;

#### **SOTTOSCRIVE L'OBLIGO**

- di impegnarsi a mantenere inalterate le tariffe, relativamente agli interventi beneficianti dei voucher oggetto dell'Avviso, per il biennio successivo alla data di presentazione della domanda (salvo solamente il recupero dell'inflazione o l'intervento di fattori obiettivi straordinari);
- di accettare senza riserve tutte le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico e nell'allegato disciplinare assumendo tutti gli obblighi in questi indicati;
- di comunicare preventivamente eventuali variazioni o modifiche nei contenuti dei servizi;
- di fornire all'ATI, nei tempi utili, tutte le informazioni necessarie in fase di attivazione ed erogazione dei voucher;
- di mantenere i requisiti soggettivi e di ammissibilità formale e rispettare gli impegni assunti in relazione agli elementi utilizzati ai fini dell'iscrizione alla short list;
- di comunicare tempestivamente la decisione di rinunciare all'iscrizione alla short list o il venir meno di uno dei requisiti per l'iscrizione alla stessa.

#### **ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA**

- copia dello statuto e/o atto costitutivo o altro documento equipollente da cui si evince lo scopo e la natura dell'attività esercitata;
- nel caso di enti soggetti all'iscrizione presso il Registro delle Imprese, autocertificazione relativa alla detta iscrizione;

## **AUTORIZZA**

fin da ora il Comune di Fondi:

- ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dalla stessa ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale concessione del VOUCHER, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dal presente bando;
- in relazione a quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003 sulla tutela della "privacy", ad effettuare il "trattamento" dei dati contenuti nella presente domanda ed in particolare ad utilizzare gli stessi per l'invio di comunicazioni attinenti alle finalità del progetto "Sportello di Conciliazione Sociale" e per l'elaborazione degli stessi ai fini di monitoraggio e valutazione del Programma stesso.

Luogo e Data .....

FIRMA e timbro \_\_\_\_\_  
(allegare documento di riconoscimento in corso di validità)

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 sulla protezione dei dati personali.**

Io sottoscritto/a .....in qualità di legale rappresentante dell'impresa .....  
dichiaro di essere informato che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, tutti i dati inclusi nella documentazione oggetto della domanda di iscrizione sono necessari per le finalità di gestione della procedura di iscrizione all'albo e degli eventuali procedimenti di stipula delle convenzioni e verranno e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Fondi.

Luogo e Data .....

FIRMA

\_\_\_\_\_