

REGIONE LAZIO

Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica

Direzione regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l'Occupazione

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 - 2027
CCI 2021IT05SFPR006

Priorità: 3. Inclusione sociale

Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (ESO4.11)

Avviso pubblico

**Promozione e tutela della salute dei detenuti e degli operatori
penitenziari degli Istituti penitenziari del Lazio**

ALLEGATO A

Modello 01	Domanda di ammissione a finanziamento
Modello 02a	Dichiarazione Mandataria
Modello 02b	Dichiarazione/i Mandante/i
Modello 03	Dichiarazione di intenti a costituirsi in ATI/ATS
Modello 04	Dichiarazione dati titolare effettivo, ai sensi degli art. 46 e 47 del dpr 445/2000" (ex art. 69, comma 2, del reg. 1060/2021)

MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

La domanda di ammissione al finanziamento deve essere compilata e sottoscritta dal legale rappresentante/soggetto delegato munito dei poteri di firma della Mandataria (Capofila) dell'ATI/ATS costituita o costituenda,

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via

CAP

Codice Fiscale

in qualità di legale rappresentante/soggetto delegato munito dei poteri di firma della Mandataria (Capofila) dell'ATI/ATS, costituita o costituenda, composta da:

Denominazione Mandataria

Denominazione Mandante

Denominazione Mandante

Denominazione Mandante

Denominazione Mandante

Denominazione Mandante

(Aggiungere altre righe in presenza di ulteriori soggetti mandanti)

Riportare i dati della Mandataria (Capofila)

Natura giuridica

Codice Fiscale

Partita Iva

Con Sede legale in

Via

Cap

In riferimento all'Avviso pubblico "Promozione e tutela della salute dei detenuti e degli operatori penitenziari degli Istituti penitenziari del Lazio" di cui alla Determinazione Dirigenziale

N°

Del

CHIEDE

che la Proposta di progetto avente per Titolo:

Venga ammessa a finanziamento.

Il sottoscritto dichiara che la documentazione richiesta è all'interno dell'allegato che è composto da nr. pagine compresa la presente.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui all'Avviso pubblico sopracitato, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificato:

Data

Timbro e Firma del legale rappresentante
(soggetto delegato munito dei poteri di firma)

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento o in alternativa l'obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma I, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i.

MODELLO 02a: DICHIARAZIONE (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

La Dichiarazione 02a deve essere compilata e sottoscritta dal legale rappresentante/soggetto delegato munito dei poteri di firma della Mandataria (Capofila) dell'ATI/ATS costituita o costituenda

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via

CAP

Codice Fiscale

in qualità di legale rappresentante/soggetto delegato munito dei poteri di firma della Mandataria (Capofila) dell'ATI/ATS costituita o costituenda composta da:

Denominazione Mandataria

Denominazione Mandante

Denominazione Mandante

(Aggiungere righe in presenza di ulteriori soggetti mandanti)

Riportare i dati della Mandataria (Capofila)

Natura giuridica

Codice Fiscale

Partita Iva

Con Sede legale in

Via

Cap

Presentatore del progetto:

In riferimento all'Avviso pubblico "Promozione e tutela della salute dei detenuti e degli operatori penitenziari degli Istituti penitenziari del Lazio" di cui alla Determinazione Dirigenziale

N°

Del

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

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

☐

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 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

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 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

di rispettare i CCNL e gli accordi territoriali di riferimento in materia di trattamenti retributivi

In riferimento alla normativa relativa al terzo settore

di essere un soggetto del terzo settore di cui all'art. 4, comma 1 del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore), iscritto nel Registro _____

di avere la seguente esperienza di almeno 15 anni nell'ambito di interventi di screening di screening per la diagnosi precoce volti alla prevenzione di patologie diffuse più frequentemente negli Istituti penitenziari (Carcinoma spinocellulare, lipoma, angiofibroma ecc.); (descrivere brevemente)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In riferimento all'art. 67 del D.lgs n. 159/2011 in materia di antimafia:

--

che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159/2011.

In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili

di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15;

di non essere soggetto in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/1/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;

di essere tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano l'inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse

Non pertinente

Data

Timbro e Firma del legale rappresentante
(soggetto delegato munito dei poteri di firma)

--

--

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento o in alternativa l'obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma 1, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..

MODELLO 02b: DICHIARAZIONE (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

La Dichiarazione 02b deve essere compilata e sottoscritta dal legale rappresentante/soggetto delegato munito dei poteri di firma del Mandante dell'ATI/ATS proponente costituita o costituenda.
Replicare il modello per ciascun Mandante.

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via

CAP

Codice Fiscale

in qualità di legale rappresentante/soggetto delegato munito dei poteri di firma del soggetto Mandante dell'ATS costituita o costituenda composta da:

Denominazione Mandataria

Denominazione Mandante

Denominazione Mandante

(aggiungere righe in presenza di ulteriori soggetti mandanti)

Riportare i dati del soggetto Mandante

Natura giuridica

Codice Fiscale

Partita Iva

Con Sede legale in

Via

Cap

Presentatore del progetto:

In riferimento all'Avviso pubblico "Promozione e tutela della salute dei detenuti e degli operatori penitenziari degli Istituti penitenziari del Lazio" di cui alla Determinazione Dirigenziale

N°

Del

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

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

☐

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 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.

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 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

di rispettare i CCNL e gli accordi territoriali di riferimento in materia di trattamenti retributivi

In riferimento alla normativa relativa al terzo settore

di essere un soggetto del terzo settore di cui all'art. 4, comma 1 del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore), iscritto nel Registro _____

di avere la seguente esperienza di almeno 15 anni nell'ambito di interventi di screening di screening per la diagnosi precoce volti alla prevenzione di patologie diffuse più frequentemente negli Istituti penitenziari (Carcinoma spinocellulare, lipoma, angiofibroma ecc.); (descrivere brevemente)

In riferimento all'art. 67 del D.lgs n. 159/2011 in materia di antimafia:

che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159/2011.

In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili

di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15;

di non essere soggetto in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/1/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;

di essere tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano l'inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse

Non pertinente

Data

Timbro e Firma del legale rappresentante
(soggetto delegato munito dei poteri di firma)

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento o in alternativa l'obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma 1, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..

MODELLO 03: DICHIARAZIONE D'INTENTI PER LA COSTITUZIONE ATS

La Dichiarazione 03 deve essere compilata e sottoscritta dai legali rappresentanti/soggetti delegati muniti dei poteri di firma della Mandataria (Capofila) e di tutti i soggetti Mandanti dell'ATI/ATS proponente costituita o costituenda.

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via e nr. civico

CAP

Provincia

Codice Fiscale

In qualità di legale rappresentante
della **Mandataria** dell'ATI/ATS
proponente costituita o costituenda
(inserire denominazione Mandataria)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via e nr. civico

CAP

Provincia

Codice Fiscale

In qualità di legale rappresentante del
Mandante dell'ATI/ATS proponente
costituita o costituenda
(inserire denominazione Mandataria)

Avente Sede legale in

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via e nr. civico

CAP

Provincia

Codice Fiscale

In qualità di legale rappresentante del
Mandante dell'ATI/ATS proponente
costituita o costituenda
(inserire denominazione Mandataria)

Avente Sede legale in

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via e nr. civico

CAP

Provincia

Codice Fiscale

In qualità di legale rappresentante del
Mandante dell'ATI/ATS proponente
costituita o costituenda

(inserire denominazione Mandataria)

Avente Sede legale in

(aggiungere righe in presenza di ulteriori soggetti mandanti)

PREMESSO

- che la Regione Lazio ha approvato con determinazione dirigenziale nr. _____ del _____ all'Avviso pubblico "Promozione e tutela della salute dei detenuti e degli operatori penitenziari degli Istituti penitenziari del Lazio";
- che il suddetto Avviso disciplina l'accesso ai finanziamenti a valere sul PR FSE+ Lazio2021/2027;
- che per la costituzione di ATI/ATS, i soggetti coinvolti sottoscrivono e allegano, una Dichiarazione di impegno volta alla costituzione dell'ATI/ATS, nel caso di approvazione del progetto presentato.

SI IMPEGNANO

- a costituirsi in un _____ (utilizzare la dizione opportuna: ATI/ATS), ai sensi degli artt. 1703 e seguenti del codice civile, entro e non oltre 30 gg. dall'avvenuta approvazione del progetto presentato e prima dell'avvio delle attività finanziate;
- a indicare quale futuro Capofila del _____ il/la _____ (inserire denominazione Mandataria);
- a conferire al Capofila, con l'atto di ATI/ATS _____ (indicare atto), mandato speciale collettivo con rappresentanza;

DICHIARANO

- che la suddivisione tra i componenti l'ATI/ATS avverrà secondo la seguente ripartizione:

Tipologia	Denominazione	Partecipazione finanziaria (€)	Partecipazione finanziaria (%)	Ruoli e competenze nelle attività progettuali
Mandataria				
Mandante				
Mandante				

(aggiungere righe in presenza di ulteriori soggetti mandanti)

Per la Mandataria (Capofila)

Data

Timbro e Firma del legale rappresentante
(soggetto delegato munito dei poteri di firma)

Per il Mandante

Data

Timbro e Firma del legale rappresentante
(soggetto delegato munito dei poteri di firma)

Per il Mandante

Data

Timbro e Firma del legale rappresentante
(soggetto delegato munito dei poteri di firma)

(aggiungere righe in presenza di ulteriori soggetti mandanti)

Allegare fotocopia del documento di riconoscimento o in alternativa l'obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma I, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..

MODELLO 04: “DICHIARAZIONE DATI TITOLARE EFFETTIVO, AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 445/2000” (ex art. 69, comma 2, del Reg. 1060/2021)

(in caso di ATI/ATS tutti i membri devono rilasciare la dichiarazione)

Il/La sottoscritto/a nato/a a prov. (.....)
il Cod.fiscale

residente a prov. (.....) in via CAP in
qualità di

☐ Titolare dell'impresa individuale

☐ Legale Rappresentante

Ragione sociale Sede legale: via
..... CAP Comune prov. (.....) Cod. fiscale

Dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, che al __/__/__

utilizzando uno dei seguenti criteri dall'art. 20 del D.Lgs. 231/2007²:

☐ Criterio dell'assetto proprietario

☐ Criterio del controllo

☐ Criterio residuale

è/sono stato/i individuato/i il/i seguente/i titolare/i effettivo/i:

Opzione 1)³

☐ il/la sottoscritto/a.

Opzione 2)⁴

¹ Indicare il/i nominativo/i del/dei titolare effettivo/i alla data di selezione del progetto/aggiudicazione della gara.

² In tale caso, compilare alternativamente uno dei tre criteri.

Tre sono i criteri per individuare il “titolare effettivo” che si applicano a cascata:

- criterio dell'assetto proprietario:** in pratica, vengono individuati i titolari effettivi quando una o più persone detengono una partecipazione superiore al 25% del capitale societario. Se questa percentuale di partecipazione societaria è controllata da un'altra entità giuridica non fisica, è necessario risalire la catena proprietaria fino a trovare il titolare effettivo.
- criterio del controllo:** chi è la persona, o il gruppo di persone, che tramite il possesso della maggioranza dei voti o vincoli contrattuali esercita maggiore influenza all'interno degli *shareholders*. Questo criterio è fondamentale nel caso in cui non si riuscisse a risalire al titolare effettivo con l'analisi dell'assetto proprietario.
- criterio residuale:** se non sono stati individuati i titolari effettivi con i precedenti due criteri, il titolare effettivo va individuato in colui che esercita poteri di amministrazione o direzione della società.

³ Compilare in caso di scelta del “criterio dell'assetto proprietario” se il sottoscritto è l'unico titolare effettivo della ditta/società;

☐ il/la sottoscritto/a unitamente a:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)

Cognome Nome
nato/a a prov. (.....) il
Cod. fiscale
residente aprov. (.....) in via
CAP

Opzione 3)⁵

☐ nella/e persona/e fisica/che di:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo)

Cognome Nome
nato/a a prov. (.....) il
Cod. fiscale
residente aprov. (.....) in via
CAP

Opzione 4)⁶

☐ poiché l'applicazione dei criteri dell'assetto proprietario e del controllo non consentono di individuare univocamente uno o più titolari effettivi dell'impresa/ente, dal momento che (specificare la motivazione: impresa quotata/impresa ad azionariato diffuso/ecc).

.....
.....
.....
.....

il/i titolare/i effettivo/i è/sono da individuarsi nella/e persona/e fisica/che titolare/i di poteri di amministrazione o direzione dell'impresa/ente di seguito indicata/e:

(ripetere le informazioni sottoindicate per ciascuna persona fisica individuata come titolare effettivo, compreso il dichiarante laddove quest'ultimo sia individuabile quale titolare effettivo per effetto dell'assenza di controllo o di partecipazioni rilevanti)

Cognome Nome
nato/a a prov. (.....) il
Cod. fiscaleresidente a
.....prov. (.....) in viaCAP

⁴ Compilare in caso di scelta del "criterio dell'assetto proprietario" se il sottoscritto è il titolare effettivo della ditta/società unitamente ad uno/altri soggetto/i;

⁵ Compilare in caso di scelta del "criterio del controllo" se il sottoscritto non è il titolare effettivo;

⁶ Compilare in caso di scelta del "criterio residuale".

Si specifica che il dato indicato nelle precedenti sezioni, relativo alla/e persona/e fisica/che individuata/e come titolare/i effettivo/i alla data di presentazione del progetto,

☐ coincide

☐ non coincide

con quello valido alla data di sottoscrizione del presente documento.

Con riferimento a tutti i soggetti sopra indicati, si allega alla presente:

- copia della documentazione da cui è possibile evincere la/le titolarità effettiva/e
- copia dei documenti di identità e dei codici fiscali del/i titolare/i effettivo/i

Luogo e data

Firma

[Si allega, altresì, copia della carta d'identità e del codice fiscale del dichiarante]⁷.

⁷ Applicabile nel caso in cui la comunicazione non sia sottoscritta digitalmente.