

REGIONE LAZIO
Assessorato Formazione, Ricerca, Scuola e Università
Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione
Scuola e Università, Diritto allo Studio

Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio
Fondo Sociale Europeo Programmazione 2014-2020

Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà"
Priorità di investimento 9.iv – Obiettivo specifico 9.3
Azione Cardine 42

Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario

ALLEGATO A: MODELLI

MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO

MODELLO 01 BIS: INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

MODELLO 02 a: DICHIARAZIONE

MODELLO 02 b: DICHIARAZIONE

MODELLI 03: DICHIARAZIONE D'INTENTI A COSTITUIRSI IN ATI/ATS



MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a Il

Residente in Via

CAP C.F.

In qualità di legale rappresentante del Soggetto proponente (in caso di ATI/ATS dal legale rappresentante del soggetto capofila)

in caso di ATI/ATS riportare i dati del capofila

C.F. P.IVA

Con sede legale in Via

CAP

in riferimento all'Avviso pubblico "Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario" di cui alla Determinazione Dirigenziale

n° del

CHIEDE

Che la proposta di progetto avente per titolo

venga ammessa a contributo. A tal fine

DICHIARA

☐ di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui all'Avviso pubblico sopra citato, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (pec):

Data
rappresentante¹

Timbro e firma del legale

¹ Allegare fotocopia del documento di riconoscimento

MODELLO 01 BIS: INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Deve essere compilata e sottoscritta dal legale rappresentante del Soggetto proponente (in caso di ATI/ATS costituita/constituenda dal legale rappresentante di ciascun componente)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, recante disposizioni a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati, si desidera comunicare che i dati conferiti saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa sopra richiamata. A tal riguardo, si forniscono le seguenti informazioni.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Titolare del Trattamento dei Dati è la Giunta della Regione Lazio, con sede in Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma (Email: dpo@regione.lazio.it; PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it; centralino 06.51681).

RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Responsabile del Trattamento dei Dati è il Direttore *pro tempore* della Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio, con sede in Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma (Email: elongo@regione.lazio.it; PEC: formazione@regione.lazio.legalmail.it; Telefono 06.51684949).

Sono responsabili del Trattamento dei Dati, ai sensi dell'art. 28, comma 4 del Regolamento (UE) 2016/679, le società/gli enti che, per conto dell'Amministrazione, forniscono servizi di supporto alla gestione elettronica/informatica dei procedimenti amministrativi e a specifiche operazioni o fasi del trattamento.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati è l'Ing. Silvio Cicchelli, titolare di AP/PO presso l'Area Programmazione sostenibile e Infrastrutture energetiche della Direzione regionale Risorse idriche e Difesa del Suolo, che potrà essere contattato al seguente indirizzo: Regione Lazio, Via R. Raimondi Garibaldi 7, 00145 Roma, Palazzina B, piano V, stanza 5 (Email: dpo@regione.lazio.it; PEC: dpo@regione.lazio.legalmail.it; Telefono: 06.51685061).

MODALITA', FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali saranno raccolti e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei ad opera di soggetti appositamente incaricati ai sensi dell'art. 29 del Regolamento (UE) 2016/679.

Il trattamento risponde all'esclusiva finalità di espletare la presente procedura e tutti gli adempimenti connessi alla realizzazione dell'intervento di cui al presente Avviso.

Il trattamento dei dati ha pertanto come fondamento giuridico le disposizioni nazionali e regionali di attuazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 con tutti i conseguenti atti, compresa la Decisione C(2014)9799 del 12 dicembre 2014 di approvazione del Programma Operativo Regionale del Lazio – Fondo sociale europeo 2014-2020 (di seguito, POR Lazio FSE 2014/2020) nell'ambito dell'Obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione". Su tale base si chiede il consenso dell'interessato in calce alla presente informativa.

CONSEGUENZE DELLA MANCATA COMUNICAZIONE DEI DATI

L'eventuale rifiuto di prestare il consenso o comunque la mancata comunicazione dei dati da parte dell'interessato, considerate le finalità del trattamento come sopra descritte, avrà come conseguenza l'impossibilità per lo stesso di accedere al finanziamento.

DESTINATARI DEI DATI

I dati saranno resi disponibili nei confronti dei Responsabili del Trattamento come sopra indicati e potranno essere comunicati ad altri destinatari, interni o esterni all'Amministrazione, per la finalità sopra descritta, nonché per le finalità di popolamento delle banche dati regionali o adempimento degli obblighi di legge.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati oggetto di trattamento saranno conservati per il periodo necessario alla definizione della presente procedura e all'espletamento di tutte le attività connesse alla realizzazione dell'intervento di cui al presente Avviso, e comunque sino alla completa definizione di tutte le operazioni connesse all'attuazione e alla chiusura del POR Lazio FSE 2014/2020.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare:

- ✓ Il diritto di ottenere dal Titolare del Trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano;
- ✓ il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità degli stessi;
- ✓ il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
- ✓ il diritto di proporre reclamo al garante della Privacy.

Letta l'informativa che precede,

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate;

☐ esprimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad altri destinatari, interno o esterni all'Amministrazione, per le finalità sopra indicate.

Data

Firma del legale rappresentante
del Soggetto proponente

MODELLO 02a: DICHIARAZIONE (ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445)

Deve essere compilata e sottoscritta dal legale rappresentante del Soggetto proponente (in caso di ATI/ATS costituita/constituenda dal legale rappresentante del soggetto capofila)

Il/La sottoscritto/a			
Nato/a a		Il	
Residente in		Via	
CAP		C.F.	

In qualità di legale rappresentante del Soggetto proponente

OPPURE

capofila dell'ATI/ATS costituita/constituenda composta da

Riportare qui sotto i dati del Soggetto proponente oppure, in caso di ATI/ATS costituita/constituenda riportare i dati del capofila

Denominazione			
C.F.		P.IVA	
Con sede legale in		Via	
CAP			

Presentatore del progetto	
---------------------------	--

A valere sull'Avviso Pubblico "Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario" di cui alla Determinazione Dirigenziale

n°		del	
----	--	-----	--

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi del l'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 passato 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;
- ☐ che Statuto e Atto costitutivo vigenti sono già depositati presso l'Amministrazione Regionale e, segnatamente, all'interno del fascicolo relativo all'intervento:

(specificare di seguito quale intervento, indicando mese e anno di presentazione)

Qualora lo Statuto e l'Atto costitutivo vigenti non fossero già depositati presso l'Amministrazione Regionale, allegare gli stessi alla proposta

In riferimento all'accreditamento formativo ai sensi della DGR del 29 novembre 2007, n. 968 e s.m.i.

- ☐ di essere accreditato per la Formazione:

- ☐ Formazione superiore;
- ☐ Formazione continua

alla sezione "Servizi Sociali e Sanitari"

per il/i settore/i ISFOL ORFEO _____ *(indicare il/i settore/i compatibile/i con il tema del/i corso/i e/o con il settore di riferimento)*

- ☐ che ha presentato domanda di accreditamento per la Formazione:

- ☐ Formazione superiore;
- ☐ Formazione continua

alla sezione "Servizi Sociali e Sanitari"

per il/i settore/i ISFOL ORFEO _____ *(indicare il/i settore/i compatibile/i con il tema del/i corso/i e/o con il settore di riferimento).*

In riferimento all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 in materia 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 n. 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 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione delle certificazioni;

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

In riferimento a quanto stabilito con D.Lgs. n. 198/2006 in materia di pari opportunità fra uomo e donna

- ☐ di non aver messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 2 del D.Lgs n. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna ai sensi dell'articolo 6 della Legge n. 246 del 28 novembre 2005", accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente.

Data
rappresentante²

Timbro e firma del legale

² Allegare fotocopia del documento di riconoscimento

MODELLO 02b: DICHIARAZIONE (ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445)

Da compilare solo nel caso di ATI/ATS dal componente mandante (replicare il modello per ogni componente)

Il/La sottoscritto/a			
Nato/a a		Il	
Residente in		Via	
CAP		C.F.	

In qualità di legale rappresentante del mandante dell'ATI/ATS costituita/constituenda composta da

--

Riportare qui sotto i dati del mandante

Denominazione			
C.F.		P.IVA	
Con sede legale in		Via	
CAP			

Presentatore del progetto	
---------------------------	--

A valere sull'Avviso Pubblico "Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario" di cui alla Determinazione Dirigenziale

n°		del	
----	--	-----	--

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi del l'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;
- ☐ che Statuto e Atto costitutivo vigenti sono già depositati presso l'Amministrazione Regionale e, segnatamente, all'interno del fascicolo relativo all'intervento:

(specificare di seguito quale intervento, indicando mese e anno di presentazione)

Qualora lo Statuto e l'Atto costitutivo vigenti non fossero già depositati presso l'Amministrazione Regionale, allegare gli stessi alla proposta

In riferimento all'accreditamento formativo ai sensi della DGR del 29 novembre 2007, n. 968 e s.m.i.

- ☐ di essere accreditato per la Formazione:

- ☐ Formazione superiore;
- ☐ Formazione continua

alla sezione "Servizi Sociali e Sanitari"

per il/i settore/i ISFOL ORFEO _____ *(indicare il/i settore/i compatibile/i con il tema del/i corso/i e/o con il settore di riferimento)*

- ☐ che ha presentato domanda di accreditamento per la Formazione:

- ☐ Formazione superiore;
- ☐ Formazione continua

alla sezione "Servizi Sociali e Sanitari"

per il/i settore/i ISFOL ORFEO _____ *(indicare il/i settore/i compatibile/i con il tema del/i corso/i e/o con il settore di riferimento)*

In riferimento all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 in materia 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 n. 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 18/01/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione delle certificazioni;

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

In riferimento a quanto stabilito con D.Lgs. n. 198/2006 in materia di pari opportunità fra uomo e donna

☐ di non aver messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 2 del D.Lgs n. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna ai sensi dell'articolo 6 della Legge n. 246 del 28 novembre 2005", accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente.

Data
rappresentante³

Timbro e firma del legale

³ Allegare fotocopia del documento di riconoscimento

MODELLO 03: DICHIARAZIONE D'INTENTI PER LA COSTITUZIONE IN ATI/ATS

I sottoscritti

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ indirizzo
_____ n. _____ prov.
_____ C.F. _____, in qualità di legale rappresentante della
_____ mandatario dell'ATI/ATS composta da
_____, avente sede legale in

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ indirizzo
_____ n. _____ prov.
_____ C.F. _____, in qualità di legale rappresentante della
_____ mandante dell'ATI/ATS composta da
_____, avente sede legale in

(aggiungere se necessario)

*in riferimento all'Avviso "Interventi di riqualificazione in Operatore Socio Sanitario" approvato con
Determinazione Dirigenziale n. ___ del ___/___/___*

DICHIARANO

L'intento di partecipare alla suddetta procedura in ATI/ATS

SI IMPEGNANO

- a costituirsi in _____ (in 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 comunque prima dell'avvio delle attività finanziate;
- a indicare quale futuro capofila dell'ATI/ATS il/la _____;
- a conferire al capofila, con l'atto di costituzione in ATI/ATS, mandato speciale collettivo con rappresentanza;

DICHIARANO

- che la suddivisione della partecipazione finanziaria e dei ruoli e competenze tra i componenti dell'ATI/ATS avverrà secondo quanto indicato nella seguente tabella:

Soggetto	Partecipazione finanziaria		Ruoli e competenze nelle attività progettuali (<i>indicare se mandataria o mandante e azioni di competenza del soggetto</i>)
	Euro	%	

(*Aggiungere Soggetto se necessario*)

Data

Per il capofila _____

(timbro della struttura e firma del
 legale rappresentante (*con fotocopia
 del documento di riconoscimento*))

Per il mandante_____

(timbro della struttura e firma del
 legale rappresentante (*con fotocopia
 del documento di riconoscimento*))

(*Aggiungere Soggetto se necessario*)