



**DOMANDA ISCRIZIONE**

**Elenco Operatori**

**DICHIARAZIONE IN FORMA DI AUTOCERTIFICAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' PER L'ISCRIZIONE ALL' "ELENCO DEGLI OPERATORI PER IL CONFERIMENTO DI AFFIDAMENTI DI INCARICHI RELATIVI AD ATTIVITA'/SERVIZI FORMATIVI AL DI SOTTO DELLA SOGLIA DI RILEVANZA COMUNITARIA PER LE ESIGENZE APPROVVIGIONAMENTALI DELL'ASP IMMES e PAT"**

- ad esclusione di attività/servizi in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro -

**(ai sensi degli artt. 46-47 D.P.R. 445/2000)**

**Spett.le ASP**

**Istituti Milanesi Martinitt e Stelline  
e Pio Albergo Trivulzio**

Il sottoscritto,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/Piazza \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_ (indicare la qualifica ricoperta: Legale  
Rappresentante – Amministratore – Titolare – Altro)

codice fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che il sopracitato Operatore venga iscritto nell' "Elenco degli Operatori per l'affidamento di attività/servizi formativi per le esigenze approvvigionamentali dell'ASP IMMES e PAT" nel limite del perimetro valoriale di cui all'articolo 36, comma 2 lett. a) del D.Lgs. 50/2016 per la partecipazione a procedure di acquisizione e/o richieste di preventivi, nell'Area tematica formativa di pertinenza, come precisate in scheda allegato A) allegata essenziale alla presente domanda,:

*1-tecnico specialistiche*

*2-relazionali/ comunicative*

*3- organizzative/gestionali.*

(N.B. AI FINI DELL'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI E NELLA RELATIVA AREA CHE IDENTIFICA L'AMBITO NEL QUALE L'OPERATORE SVOLGE LA PROPRIA ATTIVITA' E' INDISPENSABILE COMPILARE L'ALLEGATO A) ALLA PRESENTE DOMANDA).

**A tal fine dichiara, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, consapevole delle responsabilità che assume e delle sanzioni stabilite dalla legge penale nei confronti di chi rilascia dichiarazioni mendaci:**

- di aver preso visione dell'Avviso, ivi compresi i relativi allegati, e di accettarlo in ogni sua parte;
- di non avere pendenze relativamente a pagamenti, di qualsiasi natura, nei confronti dell'Amministrazione;

**Dichiara** inoltre:  
relativamente agli operatori di ciascuna sezione

### **Sezione 1**

Singoli professionisti (liberi professionisti con o senza P.IVA):

- di aver la maggiore età
  - di aver regolarmente assolto gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali secondo la vigente legislazione
  - di aver regolarmente assolto gli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, secondo la vigente legislazione ( se titolare di Partita Iva)
  - di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario. In caso contrario indicare quali.
  - di non essere sottoposto a procedimenti penali
  - l'assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa vigente
  - l'assenza di conflitto di interessi ai fini dell'Ecm/CPD
- ed inoltre
- di essere in possesso di diploma di laurea triennale o specialistica o magistrale o del pregresso ordinamento nelle materie attinenti l'area formativa di competenza. Sono fatte salve le normative vigenti in tema di equipollenza dei titoli universitari;
  - di essere iscritto all'Ordine professionale di riferimento, ove previsto dalla normativa vigente, da almeno cinque anni;
  - di essere in possesso di ulteriori requisiti previsti dalle normative specifiche vigenti in materia, comprensivi di eventuali diploma di specializzazione / master specialistico nelle materie oggetto dell'affidamento;
  - di non aver conseguito, per più di due volte, valutazione sfavorevole da parte dei partecipanti, mediante le customer satisfaction compilate, nell'ambito di attività formativa resa nell'ultimo biennio a favore di questa Azienda;
  - di essere in possesso di capacità andragogiche, oltre che comunicative, come desumibili da curriculum vitae personale;

di essere in possesso di comprovata esperienza almeno quinquennale nel settore della formazione anche in ambito socio sanitario - in strutture sanitarie e socio sanitarie - anche con riferimento all'Educazione Continua in Medicina (ECM e/o ECM/CPD), nell'ambito dell'area tematica per la quale si propone la candidatura.

## **Sezione 2**

Soggetti diversi (agenzie formative, società, cooperative, etc.):

l'assenza di cause di esclusione indicate dall'art. 80, del D.Lgs. n. 50/2016 (con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 80 è altresì richiesta la presentazione dell'apposita dichiarazione di cui al modulo **"Allegato sub. 2"**

l'assenza di cause di esclusione di cui all'art. 9, comma 2, lett. a), b), c) del D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i.

l'assenza delle condizioni di esclusione di cui all'art. 1bis della Legge n. 383/2001 relativa all'emersione del lavoro sommerso

di essere (per i soggetti tenuti) iscritto alla competente Camera di Commercio, Industria e Artigianato ed Agricoltura con oggetto sociale comprendente attività afferenti la specifica categoria per cui è richiesta iscrizione

l'assenza di motivi ostativi alla stipula di contratti pubblici ai sensi della L. 190/2012 e della L. 159/2011

di rispettare le prescrizioni di cui alla L. 12 marzo 1999, n. 68 e al D.Lgs. 81/2008

di aver regolarmente assolto gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei dipendenti, secondo la vigente legislazione

di aver regolarmente assolto agli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, secondo la vigente legislazione

l'insussistenza di responsabilità per false dichiarazioni nel fornire informazioni relative ai requisiti di ordine generale, alla capacità economico-finanziaria e alla capacità tecnica

l'insussistenza, a carico del legale rappresentante, di sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 c.p.p., per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale o per delitti finanziari

ed inoltre

1) per il personale formativo messo a disposizione

di essere in possesso di diploma di laurea triennale o specialistica o magistrale o del pregresso ordinamento nelle materie attinenti l'area formativa di competenza. Sono fatte salve le normative vigenti in tema di equipollenza dei titoli universitari;

di essere iscritto all'Ordine professionale di riferimento, ove previsto dalla normativa vigente, da almeno cinque anni;

di essere in possesso di ulteriori requisiti previsti dalle normative specifiche vigenti in materia, comprensivi di eventuali diploma di specializzazione / master specialistico nelle materie oggetto dell'affidamento;

di non aver conseguito, per più di due volte, valutazione sfavorevole da parte dei partecipanti, mediante le customer satisfaction compilate, nell'ambito di attività formativa resa nell'ultimo biennio a favore di questa Azienda;

di essere in possesso di capacità andragogiche, oltre che comunicative, come desumibili da curriculum vitae aziendale;

di essere in possesso di comprovata esperienza almeno quinquennale nel settore della formazione anche in ambito socio sanitario - in strutture sanitarie e socio sanitarie - anche con riferimento all'Educazione Continua in Medicina (ECM e/o ECM/CPD), nell'ambito dell'area tematica per la quale l'operatore economico ha proposto candidatura.

2) per l'operatore economico:

di essere in possesso di comprovata esperienza almeno quinquennale nel settore della formazione anche in ambito socio sanitario - in strutture sanitarie e socio sanitarie - anche con riferimento all'Educazione Continua in Medicina (ECM e/o ECM/CPD), nell'ambito dell'area tematica per la quale si propone istanza di candidatura;

di essere in possesso della certificazione ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015 con particolare riferimento alle attività di progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito socio-sanitario.

di essere in possesso di capacità economica e finanziaria

Requisito preferenziale, ai sensi dell'art. 83 D. Lgs. 50/2016:

- realizzazione nell'ultimo biennio \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (o comunque nel biennio precedente all'anno d'invio della domanda d'iscrizione, in caso d'iscrizioni successive alla fase di costituzione) di servizi analoghi a quelli del settore di competenza per cui è richiesta l'iscrizione, destinati a strutture sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali, di natura sia pubblica che privata, per un importo annuo non inferiore a 2 (due) volte €. 40.000,00.

Il requisito della capacità economico finanziaria sarà comunque proporzionato all'oggetto ed entità dell'affidamento.

#### ed infine

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese, prestando a tal fine consenso ad ogni effetto di legge (a tal fine è richiesta la presentazione del modulo allegato B))

di aderire eventualmente a regimi fiscali agevolati che esonerano l'Amministrazione dall'applicazione dello split payment (indicare il regime fiscale e la normativa di riferimento).

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(firmare per esteso e leggibile specificando la qualifica)

**ULTERIORI INFORMAZIONI**  
**SCHEDA OPERATORE ECONOMICO**  
**(Compilazione obbligatoria)**

1) DENOMINAZIONE E RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

2) TIPO DI SOCIETA' S.p.A. S.a.S. S.r.l. Indiv. Altro

(SE "ALTRO" indicare il tipo di operatore) \_\_\_\_\_

3) SEDE LEGALE \_\_\_\_\_

4) SEDE OPERATIVA/AMMINISTRATIVA \_\_\_\_\_

5) NUMERO DI TELEFONO \_\_\_\_\_ N. FAX \_\_\_\_\_

6) E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

7) INDIRIZZO AL QUALE DEVE ESSERE INOLTRATA LA CORRISPONDENZA:

\_\_\_\_\_

8) INTERLOCUTORI DELLA SOCIETA': (specificare nominativo-qualifica-telefono)

\_\_\_\_\_

9) CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

10) PARTITA I.V.A. \_\_\_\_\_

11) ESTREMI DI ISCRIZIONE ALLA CCIAA: Sede \_\_\_\_\_

N° iscrizione \_\_\_\_\_ Data Iscrizione \_\_\_\_\_

12) LEGALI RAPPRESENTANTI (nominativi, dati anagrafici, carica sociale e relativa scadenza, eventuali firme congiunte)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13) CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE (solo per le società di capitali - nominativi dei componenti e loro dati anagrafici)

\_\_\_\_\_

14) POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI QUALITA' UNI EN ISO 9001 rilasciata da un istituto accreditato:

UNI EN ISO 9001/2015 [ ]

Specifica per: Settore EA 37 SI' NO

(In caso di possesso della certificazione allegare alla presente domanda fotocopia del certificato. In caso negativo specificare, in apposita breve relazione da allegare al presente modulo, le misure adottate dalla società per garantire la qualità).

15) FATTURATO ANNUO GLOBALE DI IMPRESA (IVA ESCLUSA) REALIZZATO NELL'ULTIMO BIENNIO:

anno \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

16) ELENCO DEI PRINCIPALI ANALOGHI ATTIVITA'/SERVIZI PRESTATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO CON INDICAZIONE DEGLI IMPORTI (IVA ESCLUSA) E DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO SANITARIE ED ASSISTENZIALI DESTINATARIE: (si prega di elencare non più di 10 contratti per anno)

ANNO _____	ANNO _____	ANNO _____

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(firmare per esteso e leggibile specificando la qualifica)

**N.B. allegare alla presente dichiarazione fotocopia di un documento di riconoscimento del dichiarante**