

(modello A)

(Schema di domanda da redigersi esente da bollo)

Spett.le
A.S.P. COMUNI MODENESI
AREA NORD
Via Posta Vecchia, 30
41037 Mirandola

A mezzo pec: asp.mo.areanord@pec.it

OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI FISIOTERAPISTI PER IL CONFERIMENTO DA PARTE DI A.S.P. COMUNI MODENESI AREA NORD DEL SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

Il sottoscritto	
Codice fiscale	
Data e luogo di nascita	
Residenza	
Titolo di studio	
Denominazione studio (eventuale)	
Sede studio (eventuale)	
Partita IVA	
Indirizzo e-mail	
Indirizzo pec	

(in caso di studio associato o di società tra professionisti o altri soggetti giuridici, indicare i dati di tutti gli associati/soci)

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei fisioterapisti per il conferimento del servizio di fisioterapia presso le strutture residenziali e semi residenziali di A.S.P. e a tal fine

DICHIARA

(ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e informato ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

CROCETTARE E COMPILARE TUTTI I CAMPI DI INTERESSE

- di essere in possesso della Laurea in Fisioterapia o scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione ovvero di diploma riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti normative, abilitante alla professione di fisioterapista, conseguita in data _____, presso l'Università degli Studi di _____, con votazione di _____;
- di essere iscritto all'Albo facente parte della Federazione Nazionale Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (TSRM-PSTRP) di _____, dal _____, nr. iscrizione _____;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste nell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 ss.mm.ii.;

- di essere in possesso di un sistema di protezione dei dati personali adeguato al D.Lgs 196/2003, così come integrato e modificato dal D.Lgs. 101/2018, e al Reg. UE 2016/679;
- (*per i soli soggetti giuridici*) che la ditta è iscritta al Registro delle Imprese presso la competente Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (ovvero, in caso di impresa con sede all'estero, è iscritta in uno dei Registri professionali o commerciali dello Stato di residenza di cui all'art. 83 comma 3 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii), dal quale risultano i seguenti dati:

CCIAA di	
N. di iscrizione - REA	
Data di iscrizione	
Data di costituzione	
Forma giuridica	
Oggetto sociale	
Durata/data termine	
N. componenti in carica del Consiglio di Amministrazione	
N. Sindaci effettivi del Collegio sindacale	
N. Sindaci supplenti	
Soci e titolari di diritti su quote e azioni/proprietari	
Sedi secondarie e unità locali	

- (*per i soli soggetti fisici*) essere libero professionista o comunque esercitare l'attività in modo professionale e di norma non avere in corso alcun rapporto di lavoro dipendente, né pubblico né privato, neppure a tempo parziale;
- (*per i soli soggetti fisici*) di non essere nelle condizioni di inconfiribilità ed incompatibilità di cui al D.Lgs. 8/4/2013 n. 39;
- 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 giudiziale;
- di non aver subito provvedimenti giudiziari relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la Pubblica Amministrazione;
- essere a conoscenza della lingua italiana sia parlata che scritta e di comprenderla adeguatamente;
- possedere l'idoneità psico - fisica alla mansione, autocertificata dal dichiarante;

- di aver stipulato idonea ed adeguata polizza di assicurazione per i rischi professionali con la compagnia assicuratrice _____ per un massimale di _____ e di essere in regola con il pagamento delle relative polizze annuali;
- di essere in regola con il pagamento di imposte, tasse e contributi in favore dell'erario, di enti pubblici e della cassa previdenziale
- (barrare l'opzione corrispondente)**
 - o di non avere dipendenti

oppure

- o di avere dipendenti e di mantenere le seguenti posizioni previdenziali e assicurative (al fine di avanzare istanza agli organi competenti, da parte di questa Amministrazione, di rilascio DURC – Dichiarazione Unica Regolarità Contributiva):

INPS sede di	
Matricola INPS	
INAIL sede di	
Matricola INAIL	
N. iscrizione	
Dimensione aziendale (n. totale dipendenti)	
Lavoratori per l'esecuzione dell'appalto	N. totale lavoratori _____ di cui lavoratori dipendenti _____
CCNL applicato (<i>indicare anche eventuali contrattazioni integrative di secondo livello, utili per la verifica della congruità dell'offerta</i>)	

- di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare le clausole del Codice di comportamento di A.S.P. Comuni Modenesi Area Nord, pubblicato sul sito aziendale al seguente link: <https://www.aspareanord.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/codice-di-comportamento-e-codice-disciplinare/codice-disciplinare-titolo-vii-ccnl-fl-21-5-21>;
- di essere in possesso di patente di guida A o B e di un mezzo di trasporto idoneo agli spostamenti sul territorio di attività di A.S.P.;
- di manifestare preferenza per il lotto n. _____ di cui al presente avviso;
- di aver preso visione e accettato le disposizioni e condizioni contenute nell'avviso pubblico per la formazione dell'elenco dei fisioterapisti;
- di aver ricevuto l'informativa essenziale privacy (l'informativa estesa è reperibile sul sito istituzionale www.aspareanord.it) e di autorizzare A.S.P. Comuni Modenesi Area Nord al trattamento dei propri dati personali, ivi compreso l'allegato curriculum vitae, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti per i quali viene resa la presente dichiarazione;
- di prendere atto che l'iscrizione nell'elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte di A.S.P. Comuni Modenesi Area Nord.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale variazione successiva dei dati sopra dichiarati.

Allega alla presente:

- a) copia documento di riconoscimento in corso di validità;

b) copia firmata del curriculum in formato europeo (***per gli studi associati o società tra professionisti o cooperative, di ogni componente***)

Data _____

Firma e timbro

(autografa oppure apposta digitalmente)