



REGIONE LAZIO
Assessorato alla Sanità

**Formulario per la presentazione di progetti per la
realizzazione di interventi di assistenza e informazione sulle tematiche
degli infortuni sul lavoro a imprese e lavoratori, RLST, RLS, e in
particolare rivolti al mondo della micro e P.M.I.**

Sezione A – IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

Sezione B - SOGGETTO MANDATARIO DELL'ATI/ATS

Sezione C – SOGGETTO MANDANTE DELL'ATI/ATS

Sezione D - DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Sezione E – SCHEDA DELL'INTERVENTO

Sezione F – DESTINATARI DEL PROGETTO

Sezione G – RISORSE UMANE

Sezione H – SEDE AZIONI FORMATIVE

Sezione I - SCHEDA FINANZIARIA

SEZIONE A: IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

A.1 – Denominazione intervento:

.....

A.2 – Provincia di riferimento:

Frosinone Latina Roma Rieti Viterbo

A.3 – Quadro riepilogativo dell'intervento - Linea Operativa 1.

TIPO DI AZIONI	DURATA IN MESI	DESTINATARI (CLASSI DIMENSIONALI delle AZIENDE)*	DESTINATARI PREVISTI TIPOLOGIA**	COMPARTO PRODUTTIVO SECONDO I CODICI A.TE.CO

*(Indicare a quali delle seguenti classi dimensionali rientra l'azienda oggetto dell'intervento: da 1 a 5, da 5 a 9, da 10 a 20, da 21 a 50).

** (Indicare se l'intervento è rivolto a lavoratori, RLS, RLST o preposti)

A.4 – Quadro riepilogativo dell'intervento - Linea Operativa 2.

AZIONI	DURATA IN ORE	EDIZIONI PREVISTE	DURATA IN MESI	DESTINATARI PREVISTI N.*

*(Indicare a quali delle seguenti classi dimensionali rientra l'azienda oggetto dell'intervento: da 1 a 5, da 5 a 9, da 10 a 20, da 21 a 50).

A.5 – Durata totale dell'intervento:mesi (max 18 mesi)

A.6 – Ragione sociale SOGGETTO PROPONENTE: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Organismo Paritetico o Ente Bilaterale.
Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____

Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

A.7 – Ragione sociale SOGGETTO ATTUATORE: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Organismo Paritetico, Ente Bilaterale, Srl, Spa, onlus, ecc):

Linea Operativa: _____

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____

Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Stato dell'accreditamento per le azioni di cui alla Linea Operativa 2:

- accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i. per la macrotipologia "Formazione continua";
- non ancora accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i., per la macrotipologia "Formazione continua" alla data di presentazione della domanda ed in possesso di User ID rilasciata dal sistema S.AC PORTAL della Regione Lazio.

Breve descrizione delle esperienze maturate nel settore della prevenzione e salute nei luoghi di lavoro nell'ambito del triennio 2006-2008 (quinquennio 2005 – 2009).
(max 30 righe)

(Specificare se l'attività svolta è stata prevalentemente di tipo formativo o non formativo)

A.8 – Costo dell'intervento: _____

SEZIONE B: SOGGETTO MANDATARIO ATI/ATS

Ragione sociale soggetto mandatario: _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Organismo Paritetico, Ente Bilaterale, Srl, Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Indicare i seguenti dati:

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____

Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Sede legale del soggetto mandatario

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ Email _____

Breve descrizione delle attività dell'ente previste dal progetto *(Indicare in quale **Linea Operativa**: 1 o 2) (max 20 righe)*

--

Breve descrizione delle esperienze maturate nel settore della prevenzione e salute nei luoghi di lavoro nell'ambito del triennio 2006-2008 (quinquennio 2005 – 2009) sia di tipo formativa che non formativa.
(max 30 righe)

--

Stato dell'accreditamento per le azioni di cui alla Linea Operativa 2:

accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i. per la macrotipologia "Formazione continua";

non ancora accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i., per la macrotipologia "Formazione continua" alla data di presentazione della domanda ed in possesso di User ID rilasciata dal sistema S.AC PORTAL della Regione Lazio.

Indicare USER ID S.AC PORTAL: _____

SEZIONE C: SOGGETTO MANDANTE DELL'ATI/ATS

Sezione da compilare per ogni mandante ATI/ATS

Ragione sociale soggetto mandante dell'ATI/ATS _____

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Organismo Paritetico, Srl, Spa, onlus, ecc):

Codice Fiscale: _____

Partita IVA (se presente): _____

Stato dell'accreditamento per le azioni di cui alla Linea Operativa 2:

accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i. per la macrotipologia "Formazione continua";

non ancora accreditato ai sensi della DGR 968 del 29/11/2007 e s.m.i., per la macrotipologia "Formazione continua" alla data di presentazione della domanda ed in possesso di User ID rilasciata dal sistema S.AC PORTAL della Regione Lazio.

Indicare USER ID S.AC PORTAL: _____

Indicare i seguenti dati:

Legale rappresentante

Nominativo _____ Nato il: _____

Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____

Residenza anagrafica del legale rappresentante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città _____ Prov. _____ Tel _____

Sede legale del soggetto mandante

Indirizzo _____ CAP: _____

Città: _____ Prov. _____ Tel _____ Email _____

Breve descrizione delle attività previste dal progetto (Indicare in quale **Linea Operativa**: 1 o 2) (max 20 righe)

Breve descrizione delle esperienze di almeno tre anni maturate nel quinquennio 2005-2009 nell'ambito del settore della prevenzione e salute nei luoghi di lavoro.
(max 30 righe)

EVENTUALE SOGGETTO DELEGATO

Ragione sociale del soggetto delegato:

(indicare la denominazione completa, inclusa la tipologia societaria: Organismo Paritetico, Ente Bilaterale, Srl, Spa, onlus, ecc):

Rappresentante legale:

Nominativo _____ Cod.fiscale _____

Nato il: _____ Città: _____ Prov.: _____

Residenza Anagrafica:

C.a.p.: _____ Città: _____ Prov.: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Sede legale:

Indirizzo: _____

C.a.p.: _____ Città: _____ Prov.: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Fax: _____

Attività delegata

Descrizione attività delegata, indicando nelle premesse in quale **Linea Operativa:** 1 o 2 (max 20 righe)

--

Descrizione esperienza specifica del soggetto delegato nella tipologia di attività oggetto di delega (max 20 righe)

--

(Il soggetto delegato deve dimostrare un'esperienza nel settore di almeno 3 anni maturata nel quinquennio 2005-2009)

Dati relativi alle principali esperienze similari o affini svolte negli ultimi 3 anni (quinquennio 2005-2009):

Attività svolta	Anno	Importo

Importo dell'attività delegata

- fino a € 20.000,00. Indicare importo:
 da € 20.000,01 a € 50.000,00. Indicare importo:
 da € 50.000,01 a € 100.000,00. Indicare importo:

(se superiore a 20.000 euro, allegare almeno 3 preventivi; se superiore a 50.000 euro, allegare almeno 5 preventivi)

SEZIONE D: DESCRIZIONE DEL PROGETTO
--

D.1 – Descrizione dell'intervento e coerenza con le finalità dell'Avviso Pubblico (Max 40 righe)

<i>Descrivere il progetto con particolare attenzione agli obiettivi specifici e alla coerenza tra gli interventi e le finalità dell'Avviso Pubblico</i>

D.2 - Analisi dei fabbisogni e caratteristiche del contesto nel quale si realizza il progetto (Max 30 righe)

<i>Evidenziare il contesto sociale e territoriale in cui si inserisce il progetto i principali bisogni e le necessità rilevate, le modalità di selezione del target dell'intervento, obiettivi specifici e risultati attesi per il territorio interessato dall'intervento proposto</i>
--

D.3 - Struttura progettuale:**D.3.1 - Soluzioni proposte e descrizione dei risultati attesi (Max 30 righe)**

<i>Indicare i risultati attesi in termini di competenze professionali, di ricadute sul sistema della prevenzione, evidenziare gli elementi di sostenibilità dell'intervento e la trasferibilità delle metodologie e dei risultati</i>

D.3.2 – Descrizione delle azioni previste (Max 30 righe per azione)

<i>Sintetica descrizione delle singole azioni in termini di obiettivi operativi, contenuti, strumenti e metodologie d'intervento e destinatari previsti</i>

D.3.3 – Piano di Valutazione per ogni obiettivo specifico

Obiettivo specifico	Indicatore di risultato	Valore atteso
1		
2		
3		

D.3.4 – Cronogramma delle attività riferito all'obiettivo specifico

Azione/Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

D.4 - Caratteristiche dei soggetti coinvolti:

D.4.1 - Descrizione delle esperienze pregresse, del quadro organizzativo, delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto (Max 20 righe)

--

D.4.2 - Descrizione delle rete del partenariato che aderisce al progetto (Max 20 righe)

--

D.5 – Aspetti innovativi del progetto (Max 20 righe)

--

SEZIONE E: SCHEDA DELL'INTERVENTO
--

E.1 - DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO – LINEA OPERATIVA 1

Compilare la seguente tabella (replicare per ogni azione):

Azione	Obiettivi specifici	Risultati attesi

Aggiungere righe se necessario

E.2 - - DESCRIZIONE DELLA DIDATTICA – LINEA OPERATIVA 2

Compilare la seguente tabella (replicare per ogni azione formativa):

Modulo formativo	N. ore	Obiettivi didattici (L'allievo deve essere in grado di.....)	Obiettivi conoscitivi (L'allievo deve conoscere.....)	Metodologie	Modalità di valutazione	Sede di svolgimento

Aggiungere righe se necessario

SEZIONE F: DESTINATARI DEL PROGETTO

Sezione da compilare per ogni azione formativa

F.1 - Numero destinatari previsti:

F.2 - Destinatari previsti

F.2.3 – Destinatari previsti ai sensi della DGRL N. 813/2009

<i>RUOLO AZIENDALE</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
Lavoratori		
RLS		
RLST		
Preposti		
Totale		100

F.2.4 - Destinatari previsti nell'ambito delle classi dimensionali delle aziende oggetto d'intervento

<i>FASCE DIMENSIONALI</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>	<i>Codice ATECO del comparto produttivo</i>
Aziende fino a 5 dipendenti			
Aziende da 5 a 9 dipendenti			
Aziende da 10 a 20 dipendenti			
Aziende da 21 a 50 dipendenti			
Totale		100	

SEZIONE G: RISORSE UMANE

G.1 - Quadro riepilogativo del gruppo di lavoro del progetto:

G.1.1 – Risorse umane interne

N.	Nome e Cognome	Soggetto di riferimento	Codice fiscale	Titolo di studio	Ruolo*	Esperienza <i>N. anni</i>	Costo Totale <i>Euro</i>	Parametri di costo (ora/uomo o giornata/uomo)			
								Costo orario <i>Euro</i>	Impegno <i>N. ore</i>	Costo giornata <i>Euro</i>	Impegno <i>N. giornate</i>

G.1.2 – Risorse umane esterne

N.	Nome e Cognome	Soggetto di riferimento	Codice fiscale	Titolo di studio	Ruolo*	Esperienza <i>N. anni</i>	Costo Totale <i>Euro</i>	Parametri di costo (ora/uomo o giornata/uomo)			
								Costo orario <i>Euro</i>	Impegno <i>N. ore</i>	Costo giornata <i>Euro</i>	Impegno <i>N. giornate</i>

*Con riferimento alla Linea Operativa 2 indicare: docente, coordinatore, tutor, consulente, amministrativo, etc. In caso di azioni concernenti la Linea Operativa 1 indicare per analogia il ruolo ricoperto (es.: Docente=Ricercatore) ed eliminare le figure non coinvolte (es. Tutor).

Per il personale indicato deve essere allegato il curriculum secondo quanto indicato nell'Avviso.

SEZIONE H: SEDE SVOLGIMENTO AZIONI

H.1 – indicare soggetto di riferimento:

H.2 - Dettagli sede (per entrambe le **Linee Operative**)

Sede n. 1

Indirizzo:

C.a.p.: Città : Prov.:

Tel.: E-mail :

Fax:

H.2.1 - La sede di svolgimento dell'azione formativa di cui alla **Linea Operativa 2** risulta:

- accreditata ai sensi della DGR 968/2007
- accreditata in proroga ex DGR 1510/2002
- non accreditata ed in corso di accreditamento

SEZIONE I: SCHEDA FINANZIARIA

I.1: Scheda finanziaria riepilogativa:

MACROVOCI	AZIONE 1	AZIONE 2	AZIONE ...	TOTALE
A – RISORSE UMANE				
B – ALLIEVI**				
C – SPESE DI FUNZIONAMENTO E GESTIONE				
D – ALTRE SPESE				
TOTALE				

* aggiungere colonna azione se necessario.

** Per la Linea Operativa 1 NON considerare la macrovoce B – Allievi.

I.2: In caso di ATI/ATS, compilare la seguente tabella

Scheda finanziaria riepilogativa con suddivisione tra i componenti ATS

Componente ATI/ATS	AZIONE 1		AZIONE 2		AZIONE ...		TOTALE	
	€	%	€	%	€	%	€	%
		100,0		100,0		100,0		100,0

I.3: – Preventivo finanziario dettagliato:

A.	MACROVOCE DI SPESA: RISORSE UMANE -costi diretti	TOTALE	AZIONE 1	AZIONE 2	AZIONE ...
A.1	Risorse umane interne (specificare per ruolo)*	€	€	€	€
	- progettisti	€	€	€	€
	- tutor	€	€	€	€
	- amministrativi di progetto	€	€	€	€
	- orientatori	€	€	€	€
	- coordinatori	€	€	€	€
	- rendicontatori	€	€	€	€
	- addetti animazione	€	€	€	€
	- Altro (specificare)	€	€	€	€
A.2	Risorse umane esterne (specificare per ruolo)*	€	€	€	€
	- progettisti	€	€	€	€
	- tutor	€	€	€	€
	- amministrativi di progetto	€	€	€	€
	- orientatori	€	€	€	€
	- coordinatori	€	€	€	€
	- rendicontatori	€	€	€	€
	- addetti animazione	€	€	€	€
	- Altro (specificare)	€	€	€	€
A.3	Spese di viaggio, vitto e alloggio	€	€	€	€
A.4	Altro (specificare)	€	€	€	€
	Totale macrovoce:	€	€	€	€

B.	MACROVOCE DI SPESA: ALLIEVI -costi diretti	TOTALE	AZIONE 1	AZIONE 2	AZIONE ...
B.1	Assicurazione Inail ed assicurazioni aggiuntive	€	€	€	€
B.2	Spese di viaggio, vitto e alloggio	€	€	€	€
B.3	Altro (specificare)	€	€	€	€
	Totale macrovoce:	€	€	€	€

C.	Macrovoce di spesa: Spese di funzionamento e gestione – COSTI INDIRETTI	TOTALE	AZIONE 1	AZIONE 2	AZIONE ...
	Attrezzature: affitto o leasing Attrezzature: ammortamento Attrezzature: manutenzione ordinaria Indumenti protettivi Immobili: affitti Immobili: ammortamento Immobili: condominio Immobili: manutenzione e pulizie Cancelleria e stampati				

Ammortamento attrezzature per attività non didattiche Assicurazione Energia, gas ed acqua Spese postali e telefoniche Riscaldamento e condizionamento Spese varie di gestione Collegamenti telematici e spese telefoniche Spese cariche sociali Altro (specificare):				
Totale macrovoce:	€	€	€	€

Tab. I.4.4

D.	Macrovoce di spesa: Altre spese – costi diretti	TOTALE	AZIONE 1	AZIONE 2	AZIONE ...
D.1	Materiale didattico	€	€	€	€
D.2	Pubblicità	€	€	€	€
D.3	Fidejussione:	€	€	€	€
D.4	Affitto/Leasing/Ammortamento attrezzature formazione a distanza	€	€	€	€
D.5	Altro (specificare):	€	€	€	€
	Totale macrovoce:	€	€	€	€

Il legale rappresentante del soggetto proponente (e legale rappresentante in caso di ATI/ATS) acconsente all'utilizzazione dei dati immessi ai sensi della legge n. 196/2003: si no

Firma: _____

Il presente formulario si compone di pagine: _____

Data: _____

Timbro e firma del legale rappresentante del soggetto
proponente e/o attuatore (o mandatario di ATI/ATS)

Marca da bollo
€ 14,62

Direzione Regionale Politiche della Prevenzione e dell'Assistenza
Sanitaria Territoriale
Via del Caravaggio, 99
00147 Roma

Oggetto: (INDICARE TITOLO AVVISO)

DOMANDA DI FINANZIAMENTO

IL/LA/ sottoscritti/o/a

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice
fiscale _____

In qualità di legale rappresentante del soggetto proponente e/o attuatore
(indicare di seguito la denominazione dell'Ente)
(specificare se Organismo Paritetico o Ente Bilaterale).....

IL/LA/ sottoscritti/o/a

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice
fiscale _____

In qualità di legale rappresentante del soggetto attuatore
(da compilare soltanto nel caso delle attività di cui alla **Linea Operativa 2**)
(indicare di seguito la denominazione dell'Ente)
(specificare se Organismo Paritetico, Ente Bilaterale, Onlus, spa, ecc.)

IL/LA/ sottoscritti/o/a

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice
fiscale _____

In qualità di legale rappresentante dell'Ente.....mandatario dell'ATI/ATS
intenzionale composta da _____, avente sede legale in _____

nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice
fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della _____ avente
sede legale in _____

(aggiungere se necessario)

in riferimento all'Avviso Pubblico della Regione Lazio ".....,
(INDICARE TITOLO AVVISO) approvato con Determinazione n. _____ del
_____ (INDICARE ESTREMI DETERMINAZIONE)

CHIEDONO

Che il Soggetto Attuatore

o l'ATI/ATS costituita (ovvero costituenda) dalle società _____, _____, _____
venga ammessa al finanziamento per € _____, __ per l'intervento avente per
(Titolo del progetto) _____ nell'ambito
della Linea Operativa(indicare 1 o 2)

DICHIARANO:

- Che, qualora approvato, l'intervento verrà realizzato presso la sede: indirizzo _____, città _____, prov. _____
- Che hanno preso visione dello schema di convenzione allegata all'Avviso (allegato 5) e che fin da ora ne accettano integralmente tutte le condizioni;
- Che per il medesimo intervento non sono stati richiesti altri finanziamenti nell'ambito di programmi nazionali o regionali, né altri programmi o iniziative comunitarie;
- Che il soggetto attuatore e i soggetti partecipanti in ATI/ATS non hanno commesso violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello stato in cui è stabilito;
- Che nell'anno antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico il soggetto attuatore e i soggetti partecipanti in ATI/ATS non hanno reso false dichiarazioni in merito ai requisiti ed alle condizioni rilevanti per la partecipazione agli avvisi pubblici;
- Che il soggetto attuatore e i soggetti partecipanti IN ATI/ATS non hanno commesso violazioni gravi definitivamente accertate alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello stato in cui è stabilito, e che la stessa è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori e mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:
 - Soggetto Attuatore:
 - INPS sede di - matr. Nr.
 - INAIL sede di - matr. Nr.
 - Mandataria:
 - INPS sede di - matr. Nr.
 - INAIL sede di - matr. Nr.
 - Mandante:
 - INPS sede di - matr. Nr.
 - INAIL sede di - matr. Nr.
- Che i soggetti non si trovano in condizione di liquidazione coatta amministrativa, fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata;

Allegato 2

- Che hanno ottemperato alle disposizioni della legge 68/1999 sulle “norme per il diritto al lavoro dei disabili (in alternativa, che l’Impresa non è soggetta agli obblighi di cui alla legge 68/99 per il collocamento dei disabili)
- Che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

Timbro delle strutture e firma dei legali rappresentanti
(con fotocopia documento di riconoscimento)

Direzione Regionale Politiche della Prevenzione
e dell'Assistenza Sanitaria Territoriale
via del Caravaggio, 99
00147 Roma

Oggetto: (INDICARE TITOLO AVVISO)

DICHIARAZIONE D'INTENTI PER COSTITUZIONE ATI/ATS

Dichiarazione d'intenti per la costituzione ATI/ATS

I sottoscritti

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice
fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della mandatario dell'ATI/ATS
intenzionale composta da _____, _____, avente sede legale in

_____ nato a _____

Il _____ residente in _____

Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice
fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della _____ avente
sede legale in _____

in riferimento all'Avviso Pubblico della Regione Lazio ".....,
(INDICARE TITOLO AVVISO) approvato con Determinazione n. _____ del
_____ (INDICARE ESTREMI DETERMINAZIONE)

1) (Aggiungere Soggetto se necessario)

DICHIARANO

- L'intento di costituirsi in ATI/ATS entro 30 giorni dalla data di determinazione di approvazione del finanziamento;
- Che la suddivisione tra i componenti l'ATI/ATS avverrà secondo la seguente ripartizione:

Soggetto *	Partecipazione finanziaria		Ruolo di attività nel progetto <i>(indicare azioni)</i>	Linea Operativa 1 o 2 **
	euro	%		
		100,00		

* Specificare la natura dei soggetti: Organismo Paritetico, SRL, SPA onlus, ente pubblico ecc.

** Specificare la Linea Operativa oggetto dell'intervento

- Di assegnare fin da ora il ruolo di mandataria alla _____

Data _____

Per la _____

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

Per la _____

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

(Aggiungere Soggetto se necessario)

Direzione Regionale Politiche della Prevenzione
e dell'Assistenza Sanitaria Territoriale
via del Caravaggio, 99
00147 Roma

Oggetto: (INDICARE TITOLO AVVISO)

DICHIARAZIONE ANTIMAFIA

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente in _____
Indirizzo _____ n. _____ Prov _____ Codice fiscale _____
In qualità di legale rappresentante della _____ avente
sede legale in _____

in riferimento all'Avviso Pubblico della Regione Lazio ".....,
(INDICARE TITOLO AVVISO) approvato con Determinazione n. _____ del
_____ (INDICARE ESTREMI DETERMINAZIONE)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali connesse a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art.10 della legge 31 maggio 1965 n.575 (antimafia)"

Data:

Timbro della struttura e firma del dichiarante

(con fotocopia documento di riconoscimento, se non già fornito)

In caso di società tutte le persone di cui all'art. 2 comma 3 del D.P.R. 252/98 sono tenute al rilascio della dichiarazione.

ART.2 comma 3 del D.P.R. 252/98: "Quando si tratta di associazioni, imprese, società e consorzi, la documentazione prevista dal presente regolamento deve riferirsi, oltre che all'interessato:

- a) alle società;
- b) per le società di capitali anche consortili ai sensi dell'articolo 2615-ter del codice civile, per le società cooperative, di consorzi cooperativi, per i consorzi di cui al libro V, titolo X, capo II, sezione II, del codice civile, al legale rappresentante e agli eventuali altri componenti l'organo di amministrazione, nonché a ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle società consortili detenga una partecipazione superiore al 10 per cento, ed ai soci o consorziati per conto dei quali le società consortili o i consorzi operino in modo esclusivo nei confronti della pubblica amministrazione;
- c) per i consorzi di cui all'articolo 2602 del codice civile, a chi ne ha la rappresentanza e agli imprenditori o società consorziate;
- d) per le società in nome collettivo, a tutti i soci;
- e) per le società in accomandita semplice, ai soci accomandatari;
- f) per le società di cui all'articolo 2506 del codice civile, a coloro che le rappresentano stabilmente nel territorio dello Stato."



Assessorato alla Sanità

CONVENZIONE

TRA

la Regione Lazio

E

Soggetto Attuatore,

Si conviene e stipula quanto segue

Art. 1

(Affidamento)

Con la presente convenzione, la Regione Lazio affida al Soggetto attuatore così come risulta costituito e rappresentato, la realizzazione dell'intervento ai sensi dell'Avviso pubblico, che costituisce parte integrante della stessa.

Art. 2

(Disciplina del rapporto)

Il Soggetto attuatore dichiara di conoscere la normativa sull'ordinamento della formazione professionale regionale, nazionale e si impegna a rispettarla integralmente.

Il Soggetto attuatore dichiara inoltre di conoscere la normativa nazionale e regionale inerente i costi ammissibili e in materia di imposta di bollo.

Il Soggetto attuatore accetta la vigilanza della Regione sullo svolgimento delle attività e sull'utilizzazione del finanziamento erogato anche mediante ispezioni e controlli.

Art.3

(Termine iniziale e finale)

Il Soggetto attuatore, secondo quanto previsto dal citato Avviso pubblico, s'impegna a stipulare la convenzione entro 30 giorni dalla notifica di ammissione al finanziamento e a dare inizio alle attività entro e non oltre 30 giorni dalla stipula della convenzione con la Regione Lazio di cui al citato Avviso a pena di revoca del finanziamento.

Il Soggetto attuatore s'impegna altresì ad ultimare l'intervento entro i termini esplicitati nell'Avviso a pena dell'obbligo di restituzione delle somme anticipate dalla Regione Lazio.

La richiesta di proroga, che per cause sopravvenute e straordinarie dovesse rendersi necessaria, deve essere tempestivamente comunicata alla struttura regionale competente entro 90 giorni dalla conclusione del progetto e da quest'ultima autorizzata per un massimo di 6 mesi.

Art.4

(Ulteriori adempimenti)

Al fine di consentire in qualunque momento l'esatta visione della destinazione data ai finanziamenti assegnati, il Soggetto attuatore si impegna a tenere tutte le registrazioni presso la sede di svolgimento delle attività o previa comunicazione, presso altra sede del soggetto stesso ubicata nel territorio della Regione Lazio.

Il Soggetto attuatore si impegna, altresì, ad inviare puntualmente alla Regione Lazio le certificazioni trimestrali e annuali della spesa sostenuta, nonché la documentazione trimestrale riguardante gli stati di avanzamento delle attività secondo la modulistica contenuta nel Formulario allegato al presente Avviso (All. 1 –Sez. D) e la documentazione finale delle attività svolte entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione del progetto, unitamente alla presentazione dei prodotti previsti, consapevole degli obblighi di comunicazione che investono la Regione e che importano il disimpegno automatico (e quindi la non corresponsione) delle somme non certificate nei termini previsti. Il Soggetto è quindi consapevole della propria responsabilità relativamente al pregiudizio che un invio non puntuale dei dati può arrecare all'ente pubblico.

Art. 5

(Modalità di esecuzione)

Il Soggetto attuatore si impegna a svolgere l'intervento finanziato integralmente nei termini e con le modalità descritte nel formulario di candidatura.

Ogni variazione, che per cause sopravvenute dovesse rendersi necessaria, deve essere tempestivamente comunicata alla struttura regionale competente e da quest'ultima autorizzata.

Art.6

(Modalità di erogazione del finanziamento)

L'importo del finanziamento verrà erogato in due rate secondo le seguenti modalità:

- prima quota, pari al 70% dell'ammontare delle risorse finanziate, previa presentazione di fattura (o documento equivalente) e della fideiussione bancaria o assicurativa a copertura di un importo pari all'anticipazione;
- seconda quota a saldo, pari al 30% dell'ammontare totale ammissibile previa valutazione positiva sia del raggiungimento degli obiettivi previsti nel progetto (realizzazione e presentazione dei prodotti richiesti) che della rendicontazione delle spese sostenute a seguito della certificazione del rendiconto da parte di un revisore iscritto nel registro dei revisori dei conti di cui al decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88 ed al decreto del Presidente della Repubblica n. 474 del 20 novembre 1992, e della contestuale presentazione della fattura (o documento equivalente), nonché di tutta la documentazione inerente la rendicontazione delle spese sostenute ai sensi della DGR n. 1509/2002 e s.m.i.. Per tali spese la fattura dovrà essere indirizzata a: Regione Lazio, Direzione regionale Politiche della Prevenzione e dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, Via del Caravaggio, 99, 00147 – Roma.

La fideiussione dovrà essere conforme al modello predisposto con Decreto Ministeriale del Ministero del Tesoro per gli interventi cofinanziati dal F.S.E, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 26 aprile 1997 n.96 divulgato sul sito www.sirio.regione.lazio.it.

Art.7

(Disciplina delle restituzioni)

Il Soggetto attuatore si impegna ad effettuare la restituzione delle somme non utilizzate entro il termine di 90 gg. mediante versamento su c/c postale n. 00785014 intestato alla tesoreria della Regione Lazio, con l'indicazione della seguente causale di versamento «Restituzione parte sovvenzione non utilizzata per lo svolgimento delle attività dell'intervento di cui alla determinazione dirigenziale n. del ».

Art. 8

(Disciplina sanzionatoria)

L'Amministrazione, riscontrata e verificata l'irregolarità della procedura derivante da dolo da parte del Soggetto attuatore, revoca i finanziamenti e ne dà immediata comunicazione all'autorità giudiziaria ed all'OLAF. Inoltre, l'Amministrazione potrà inibire il Soggetto attuatore da ulteriori forme di finanziamento.

Irregolarità, gravate da dolo, compiute dai beneficiari sono segnalate immediatamente all'autorità giudiziaria. In caso di inosservanza degli obblighi derivanti dalla presente convenzione si applicano le norme civilistiche previste in tema di responsabilità civile.

Art. 9

(Divieto di cumulo)

Il Soggetto attuatore dichiara di non percepire contributi o altre sovvenzioni da organismi pubblici per le specifiche attività oggetto della presente convenzione.

Art. 10

(Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)

Le parti si impegnano a trattare i dati personali dei soggetti beneficiari in ottemperanza a quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003.