

POZZUOLI



BACOLI



MONTE DI PROCIDA



**AMBITO TERRITORIALE N 12
COMUNE CAPOFILA
POZZUOLI**

AVVISO PUBBLICO

**ISTITUZIONE DI UN REGISTRO PUBBLICO DI AGENZIE ACCREDITATE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO AI FINI DELL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
DOMICILIARE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM"**

Premesso

- Che l'avviso "Home Care Premium", pubblicato dall'INPS Gestione ex Inpdap è finalizzato alla progettazione di interventi di natura socio assistenziale a favore dei dipendenti/pensionati pubblici, loro coniugi conviventi, loro familiari di primo grado;
- Che l'Ambito ha sottoscritto convenzione con la Direzione Regionale Campania Molise - INPS - Gestione ex Inpdap per l'attivazione del Progetto "Home Care Premium";

Ritenuto opportuno

- Dare avvio alle procedure di istituzione del "Registro Pubblico di Agenzie Accreditate per la Somministrazione di Lavoro" dell'Ambito N 12, quale strumento utile per agevolare i beneficiari del Progetto HCP nell'attivazione e gestione del servizio.

SI RENDONO NOTE

con il presente Avviso Pubblico, le modalità e le condizioni per la costituzione di un "Registro Pubblico di Agenzie Accreditate per la Somministrazione di Lavoro", in possesso di requisiti specifici, in grado di individuare operatori idonei per la finalità del Progetto Home Care Premium.

Del predetto Registro sarà data comunicazione ai cittadini che risulteranno beneficiari di un contributo mensile da parte dell'Inps Gestione ex Inpdap nell'ambito del Progetto HCP che intendano avvalersi di Agenzia di Somministrazione per l'individuazione di personale idoneo per lo svolgimento di interventi integrati di Assistenza Domiciliare in favore di soggetti non autosufficienti e fragili.

REQUISITI MINIMI RICHIESTI PER L'INSERIMENTO NEL REGISTRO DELLE AGENZIE DI SOMMINISTRAZIONE

Possono presentare istanza per l'inserimento nel predetto elenco le Agenzie di somministrazione in possesso, **a pena di esclusione**, dei seguenti requisiti:

- a) iscrizione alla competente C.C.I.A.A. o albo o diverso Registro;*
- b) possesso dell'autorizzazione ministeriale provvisoria/definitiva rilasciata ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.Lgs. del 10 settembre 2003, n. 276 e iscrizione all'albo tenuto presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;*
- c) non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, ovvero non avere in corso alcun procedimento accertato di tali situazioni;*
- d) non aver violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'art. 17 della Legge 19/03/1990 n. 55;*
- e) essere in regola con le norme di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro previste dal D.Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;*
- f) essere in regola rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito;*
- g) non avere cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla L. 575/1965 ed indicate nell'allegato 1 al D.Lgs. 490/1994 (disposizioni antimafia);*
- h) essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili previste dalla L. 68/1999 art. 17;*
- i) essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale;*
- l) avere almeno una sede operativa stabilmente funzionante nel territorio della provincia di Napoli;*
- m) essere in possesso della certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008;*
- n) essere in possesso della certificazione etica SA8000;*
- o) aver fornito negli ultimi 12 (dodici) mesi decorrenti dalla data di pubblicazione del presente avviso non meno di n° 50.000 (cinquantamila) ore di somministrazione per assistenza familiare a sostegno di clientela privata (persona fisica).*

PROCEDURA PER LA DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI

Le Agenzie di Somministrazione iscritte nel Registro dovranno erogare, attraverso gli operatori, le prestazioni come previste dal Programma Socio Assistenziale Familiare di cui al Regolamento di Adesione al Progetto Home Care Premium.

I cittadini interessati, individuata l'Agenzia di Somministrazione presente nel Registro, potranno stipulare con la stessa un contratto per la somministrazione di lavoro interinale per lo svolgimento delle prestazioni ammesse a finanziamento HCP.

L'Agenzia iscritta nel Registro, individuata direttamente dall'utente beneficiario del Progetto HCP, attiverà specifico contratto di somministrazione con l'operatore scelto dallo stesso utente nel Registro pubblico per l'assistenza domiciliare istituito presso l'Ambito N 12.

COMPENSI

Le spese relative alle prestazioni di cui sopra sono finanziate dall'Istituto INPS – Gestione Ex INPDAP (Fondo Credito e attività sociali, alimentato dal prelievo, obbligatorio, dello 0,35 %, sulle retribuzioni del personale in servizio); al pagamento delle stesse provvederà il cittadino beneficiario del finanziamento a seguito dell'emissione di regolare fattura di pagamento, quietanzata dall'Agenzia.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di inserimento nel Registro dovrà essere redatta, pena l'esclusione, sull'apposito modulo "Allegato A", firmato e corredato degli allegati previsti e dovrà essere recapitata, a mano o per mezzo postale, allo SPORTELLO INFORMATIVO INPS sito alla Via Vigna 29 in Pozzuoli(NA) entro e non oltre **le ore 12.00 dell'ottavo giorno a partire dalla data di pubblicazione del presente Avviso all'Albo Pretorio del Comune di Pozzuoli (non farà fede il timbro postale).**

Sulla busta dovrà essere apposta la seguente dicitura: “ISTITUZIONE REGISTRO AGENZIE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO: PROGETTO “HOME CARE PREMIUM”;

Il Modulo di presentazione “ Allegato A” si può scaricare dai siti: www.comune.pozzuoli.na.it
www.ambiton12pozzuoli.it.

All’istanza dovrà essere allegata:

- fotocopia del certificato della Camera di Commercio.
- Copia del documento d’identità del legale rappresentante o del suo delegato.

Si rammenta la responsabilità penale in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci.

Potranno, infatti, essere effettuati controlli, anche a campione, sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni delle istanze pervenute; qualora dai predetti controlli emerga la non veridicità del contenuto delle stesse, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e si procederà alla conseguente denuncia penale.

L’iscrizione al Registro ha validità per la durata del progetto HCP. Si intende, tacitamente, che i requisiti generali siano mantenuti. Nel caso di perdita dei requisiti, la variazione dovrà essere tempestivamente comunicata al soggetto proponente il quale provvederà alla cancellazione dal Registro.

L’invio della domanda comporta l’integrale conoscenza, accettazione e rispetto delle regole contenute nel presente Avviso e nel Regolamento di adesione al Progetto HCP, al quale ci si attiene e al quale si rinvia per ogni ulteriore specificazione.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Saranno escluse le domande:

- Che non recano in allegato il documento di riconoscimento in corso di validità del rappresentante legale o del suo delegato;
- Prive di firma del legale rappresentante o del suo delegato.

ELENCO AGENZIE DI LAVORO

Saranno valutati i requisiti minimi delle Agenzie che presenteranno la domanda in relazione a quanto stabilito dal presente avviso e sarà formulata una short list che i cittadini beneficiari del contributo INPS – HCP potranno visionare presso lo Sportello Sociale HCP dell’Ambito N 12; il Registro sarà gestito dallo Sportello Sociale HCP dell’Ambito N 12;

PUBBLICITA’ DELL’AVVISO

Copia del presente avviso è disponibile sui siti Internet www.comune.pozzuoli.na.it
www.ambiton12pozzuoli.it.

TUTELA DATI PERSONALI

I dati forniti dalle Agenzie richiedenti l’iscrizione nel Registro sono utilizzati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente connesse al progetto HCP ed in particolare per lo svolgimento del presente procedimento.

Per poter partecipare all’avviso pubblico il conferimento dei dati è obbligatorio; il mancato conferimento dei dati richiesti comporta l’esclusione dell’Agenzia dall’inserimento nel Registro.

.....,

Il Dirigente
Dott. Carlo Pubblico

Allegato A

Spett. le Comune di Pozzuoli
Capofila Ambito N 12
Sportello Sociale
Home Care Premium – Via Vigna, n. 29

**ISTITUZIONE DI REGISTRO PUBBLICO DI AGENZIE ACCREDITATE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO AI FINI DELL'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM "**

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____ nato a _____

il ___/___/_____, residente a _____ (Prov. _____) in Via /Piazza

_____ n. _____

in qualità di Legale Rappresentante o di suo delegato dell'Agenda di Somministrazione

(indicare la denominazione per esteso)

_____ con sede legale nel Comune di _____

(Prov. _____) in Via / Piazza _____ n. _____, tel.

_____, fax _____, e-mail _____

p.e.c. _____

con sede operativa nel Comune di _____

(Prov. _____) in Via / Piazza _____ n. _____,

tel. _____, fax _____, e-mail _____

p.e.c. _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

CHIEDE

l'iscrizione nel Registro delle Agenzie Accreditate per la Somministrazione lavoro ai fini dell'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare nell'ambito del Progetto Home Care Premium.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1) di essere munito dei poteri di rappresentanza legale;

2) che l'Agenzia sopra generalizzata:

a) è iscritta alla competente C.C.I.A.A. di _____ al n. _____, o albo o diverso Registro (specificare quale _____);

b) è in possesso dell'autorizzazione ministeriale provvisoria/definitiva rilasciata ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.Lgs. del 10 settembre 2003, n. 276, nonché dell'iscrizione all'albo tenuto presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al n. _____;

c) non si trova in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, ovvero non avere in corso alcun procedimento accertato di tali situazioni;

d) non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'art. 17 della Legge 19/03/1990 n. 55;

e) è in regola con le norme di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro previste dal D.Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;

f) è in regola rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito;

g) non ha cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla L. 575/1965 ed indicate nell'allegato 1 al D.Lgs. 490/1994 (disposizioni antimafia);

h) è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili previste dalla L. 68/1999 art. 17;

i) è in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale;

A tale proposito specifica che i dati identificativi della ditta ai fini previdenziali e assistenziali sono i seguenti:

| |
|--------------------------|
| INAIL – codice ditta |
| INPS – matricola azienda |
| INPS – sede competente |

l) ha almeno una sede operativa stabilmente funzionante nel territorio della provincia di Napoli;

m) è in possesso della certificazione di qualità UNI EN ISO 9001:2008;

n) è in possesso della certificazione etica SA8000;

o) ha fornito, negli ultimi 12 (dodici) mesi decorrenti dalla data di pubblicazione del presente avviso, non meno di n° 50.000 (cinquantamila) ore di somministrazione per assistenza familiare a sostegno di clientela privata (persona fisica).

DICHIARA INOLTRE

€ che nei propri confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale (è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione ad un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18);

che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del decreto legislativo n. 159 del 2011, o di una delle cause ostative previste dall'articolo 67 del medesimo decreto;

che nei propri confronti, negli ultimi cinque anni, non sono stati estesi gli effetti delle misura di prevenzione della sorveglianza di cui all'art. 6 del decreto legislativo n. 159 del 2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente;

- di recepire tutte le direttive previste dal Progetto Home Care Premium e ne accetta le condizioni;
- di impegnarsi, su richiesta dei cittadini beneficiari dei finanziamenti di cui al progetto HCP, a rendere i propri servizi nel rispetto di quanto disciplinato e riportato nell'Avviso dell'Ambito N 12 per l'Istituzione del Registro Pubblico di Agenzie Accreditate per la Somministrazione di Lavoro;
- di impegnarsi a rilasciare apposita fattura quietanzata per le prestazioni erogate;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione di dati/informazioni riguardanti la propria Agenzia;

p) di autorizzare al trattamento dei dati personali e sensibili per l'adesione al servizio in oggetto, ai sensi del D.Lgs.n.196/2003;

ALLEGA alla presente, pena l'esclusione:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/rappresentante legale o suo delegato dell'Agenzia richiedente;
2. Fotocopia del certificato di iscrizione alla Camera di commercio;
3. Atto di delega in caso di sottoscrizione da parte di soggetto delegato.

IL RICHIEDENTE

(timbro e firma leggibile del legale rappresentante o suo delegato)