



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

Gestione Approvvigionamenti e Logistica
Dipartimento Gestionale Amministrativo
Direttore F.F.: ing. Francesco Fontana

Segreteria 031.585.4755 - Fax 031.585.4598
info.economato@asst-lariana.it

AVVISO ESPLORATIVO AI SENSI DEL D.LGS 50/2016 PER :

OGGETTO: SERVIZIO DI PARRUCCHIERE/BARBIERE PRESSO I PRESIDII OSPEDALIERI DI CANTU' E DI MARIANO COMENSE

L'ASST Lariana con sede legale in Via Napoleona 60 – 22100 Como (CO) – codice fiscale e partita iva: 03622110132 necessita del servizio in oggetto, secondo le seguenti modalità

Le prestazioni richieste per i degenti sono: shampoo e piega, tinta, taglio capelli, taglio barba. Il Servizio dovrà essere svolto nel locale adibito a bagno della stanza del richiedente il servizio.

La prestazione dovrà essere effettuata al letto del richiedente nel caso in cui non fosse trasportabile.

La ditta dovrà provvedere a proprie spese all'acquisto dell'attrezzatura e del materiale necessario per l'espletamento del servizio stesso.

Presidio Ospedaliero	Prestazione di Barbiere/Parrucchiere n. prestazioni a settimana
Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate via Domea 4 – 22063 Cantù	15
Presidio Polispecialistico Felice Villa - Via Isonzo 42B – 22066 Mariano Comense (CO)	15

Tutti gli Operatori Economici interessati e in grado di fornire il servizio richiesto e rispondente alle caratteristiche di cui sopra, sono invitati a trasmettere compilato, entro il termine perentorio del giorno **10 LUGLIO 2017**, il MODELLO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE di seguito denominato 'ALLEGATO "A"' e copia dell'iscrizione alla C.C.I.A.A. per l'attività di parrucchiere.

Nella documentazione da inoltrare NON è richiesta alcuna indicazione di carattere economico.

Tale procedura non comporta da parte di questa Amministrazione:

- Alcn obbligo nei confronti di chi avrà manifestato interesse in termini di affidamento;
- Alcn risarcimento per la presentazione di quanto richiesto;
- Alcuna prelazione su eventuale procedimento di acquisizione futura che seguirà le disposizioni in materia di approvvigionamento attualmente vigenti (D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii.).

La documentazione, unitamente ai riferimenti amministrativi dell'Operatore Economico, andranno inviati con cartella compressa (.zip, .rar, ...) al solo indirizzo pec: approvvigionamenti@pec.asst-lariana.it.

Il Responsabile del Procedimento
Francesco Fontana

ALLEGATO "A"**MODELLO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto _____

nato a _____ (____) il _____

In qualità di _____

della Ditta _____

con sede legale in _____ via _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____ Email _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Matricola INPS _____ Sede INPS _____

Codice Attività _____ Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato nel settore

_____ Numero dipendenti _____

sotto la propria responsabilità ed edotto delle sanzioni previste dal DPR n. 445/2000:

DICHIARA

- che la suddetta ditta è iscritta alla C.C.I.A.A. di _____, per l'attività di parrucchiere(allegare copia);

- che la ditta è nel libero esercizio delle proprie attività (che cioè la ditta non risulti in stato di fallimento, concordato preventivo o di amministrazione controllata);

- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n. 68/99) o, in alternativa, di non essere soggetta alla normativa che regola il diritto al lavoro dei disabili perché non rientra in alcuna delle fattispecie previste dall'art. 3;

- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'articolo 80, del D.Lgs. n. 50/2016, né di qualsiasi altra disposizione legislativa e regolamentare ostativa alla partecipazione di appalti pubblici;

- di essere in regola con il versamento dei contributi INPS e INAIL previsti;

- di autorizzare espressamente l'effettuazione di tutte le comunicazioni al fax n. _____ e-mail _____

Comunica inoltre l'elezione del domicilio presso _____ (via, comune, CAP), dichiarando di accettare che tutte le successive comunicazioni relative al Presente procedimento vengano effettuate mediante uno dei predetti mezzi di comunicazione.

Luogo e data _____

Firma leggibile

N.B.: E' necessario trasmettere unitamente alla presente, copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità.