



Comune di Marsala
Medaglia d'oro al valore civile

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 52 MARSALA/PETROSINO

Settore Servizi alla Persona Dirigente: Dott. Nicola Fiocca	Ufficio Solidarietà Sociale – Ufficio di Piano - Distretto Socio Sanitario n. 52 Marsala/Petrosino Funzionario Direttivo con P.O.: Sig. Federico Messina
Sede Centrale – Via Garibaldi n° 1 Sede operativa – Via G. Falcone n° 5 91025 Marsala (TP) – Sicilia – Italy P.I. 00139550818 E-MAIL: protocollo generale@comune.marsala.tp.it PEC: protocollo@pec.comune.marsala.tp.it Centralino Tel. 0923-993111 - - - 40 linee ricerca automatica Telefono: (+39) 0923-993788	Protocollo n° Del

OGGETTO: Invito per la sottoscrizione del Patto di accreditamento per l'erogazione del servizio inerente: Home Care Premium 2019 .- Modello Gestionale e Modello Integrativo.-
Rinvio termine di presentazione delle buste e rettifica relativa ad alcune condizionalità

Si comunica alle S.V. che, in attuazione dell'azione progettuale di cui all'oggetto, si procrastina fino al 12/07/2019 il termine utile per la presentazione delle buste relative all'accREDITAMENTO in oggetto e che, fermo restando la tipologia delle prestazioni da erogare elencate alle pagg. 2, 3, 4, e relativamente alla Tabella A riguardante il personale da fornire, si rettifica il testo dell'invito nel modo seguente:

Pag. 8: (...) il fatturato globale d'impresa che dovrà essere pari ~~o superiore e non inferiore~~ a € 300.000,00 e l'importo relativo ai servizi e/o forniture ~~specifiche analoghi~~ al servizio HOME CARE PREMIUM **modello integrativo** realizzati negli ultimi tre esercizi 2016/2017/2018 che non deve essere inferiore ad € ~~250.000,00~~ € 200.000,00

Pag. 8: i soggetti invitati dovranno, **a pena di esclusione dall'accREDITAMENTO afferente il modello gestionale**, aver svolto, **negli ultimi due anni**, almeno **2** 1 modello gestionale del progetto Home Care Premium finanziato dall'Inps gestione dipendenti pubblici.

Pag. 8: La mancanza di un **servizio modello gestionale** del progetto Home Care Premium comporterà l'impossibilità di stipula del patto di accREDITAMENTO per il servizio in oggetto afferente solo il **modello gestionale**.

Pag. 9: Autodichiarazione ai sensi del 445/2000, sottoscritta dal legale rappresentante o dal procuratore firmatario (in qual caso allegare copia conforme all'originale dell'atto di procura), indicante il nominativo di un referente tecnico avente ~~minimo 3 anni di~~ esperienza in coordinamento progetti HCP, **o in servizi analoghi, modello gestionale e/o integrativo**, facente direttamente capo all'Ente, che sarà incaricato del coordinamento e organizzazione degli operatori e dei controlli di qualità delle prestazioni.

Pag. 9: Fornire:

- un elenco dei principali servizi Home Care Premium, **o analoghi, modello gestionale e/o integrativo**, effettuati negli ultimi ~~tre~~ **due** anni, con indicazione dei rispettivi importi, date e numero di destinatari

Il Funzionario

Sig. F. Messina

Il Resp. amministrativo del proc.to

Istr. Dir. Amm. Sig. Dott.ssa M. P. Falco