

**SCHEDA ANAGRAFICA OPERATORE**

GARA EUROPEA APERTA, AI SENSI DEGLI ARTT. 59 E 60 DEL D. L.VO 18/04/2016, N. 50, VOLTA ALLA CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO PER L' AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TEMPORANEA ACCOGLIENZA DI CITTADINI STRANIERI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE NELL'AMBITO DELLA PROVINCIA DI TERAMO.  
 PROCEDURA DI GARA AVENTE AD OGGETTO SERVIZI DI CUI ALL' ALLEGATO IX DEL D. LGS. N. 50/2016.

DENOMINAZIONE	Associazione Salam
SEDE LEGALE	via Anfiteatro 219 Taranto 74123 (TA)
CODICE FISCALE	90195320735
LEGALE RAPPRESENTATE	Dott.ssa Simona Fernandez
FORMA DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA	**
DENOMINAZIONE IMPRESE CONSORZIATE O RAGGRUPPATE	**
EVENTUALI SUBAPPALTATORI AUTORIZZATI	**

**RIEPILOGO STRUTTURE**

NUMERO POSTI	UBICAZIONE
5	LARGO TORRIONE 9 INTERNO 27
12	PIAZZA CONTEA DI PAGLAIRA
8	LARGO TORRIONE 9 INTERNO 29
7	CONTRADA FRISONI
3	MADONNA DELLE GRAZIE
35	<b>TOTALE</b>

**NOTE ED INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

## EQUIPE PROFESSIONALE (1)

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

DICHARA ED ATTESTA,

l'avvenuto corretto pagamento delle retribuzioni spettanti al personale impiegato per l'esecuzione del servizio, nonché l'osservanza nei confronti dei propri dipendenti delle norme in materia di trattamento economico, previdenziale e assicurativo previsto dalla normativa di settore, come comprovato dalle buste paga quietanzate prodotte per i mesi rendicontati. A tal fine allega i contratti stipulati e le buste paga quietanzate dal personale.

Data 20/1/12 Firma [Firma]

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

(1). Deve essere compilato un PROSPETTO per ogni singola struttura, oppure per ogni macro-struttura, qualora nell'offerta tecnica siano state raggruppate assieme più strutture (ad es. gruppo di appartamenti, ecc.) (fare riferimento alla propria offerta tecnica). Nel caso in cui un operatore copra più ruoli o funzioni ripetere il nominativo e indicare nell'apposita colonna il numero di ore svolte nel ruolo e nella struttura oggetto della scheda. Nel caso in cui più persone ricoprano un medesimo ruolo (ad esempio, più operatori diurni), aggiungere le righe necessarie.

CAS ISOLA DEL GRAN SASSO - STRUTTURA UNICA 6 APPARTAMENTI								
STRUTTURA:	RUOLO	NOME E COGNOME	QUALIFICA	IMPIEGATO IN PIU' PROVINCE (SI/NO) 1	TOTALE ORE LAVORATE (BUSTA PAGA)	TOTALE ORE LAVORATE SUL PROGETTO	NETTO BUSTA PAGA	LORDO BUSTA PAGA
DIRETTORE CENTRO		Simona Fernandez	DIRETTORE	NO	336	27	2.655,00 €	324,27 €
MEDICO		DOTT. OSVALDO	medico	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
ASSISTENTE SOCIALE		TRALCE MARTINA	ASSISTENTE SOCIALE	NO	37	8	447,00 €	73,60 €
MEDIATORE CULTURALE		SYED ALI KHAN	MEDIATORE	SI	184	12	1.322,00 €	82,32 €
INFORMATIVA LEGALE		Simona Fernandez	INF. LEGALE	NO	336	7	0,00 €	84,07 €
OPERATORE DIURNO		AKPLOLO JOEL	OP DIURNO	NO	360	108	800,00 €	1.000,00 €
		Simona Fernandez	OP DIURNO	NO	336	74	0,00 €	3.518,93 €
OPERATORE NOTTURNO		Simona Fernandez	OP. NOTTURNO	NO	36	36	VOLONTARIATO	0,00 €
		AKPILOLO JOEL	OP. NOTTURNO	NO	36	36	VOLONTARIATO	0,00 €
		SYED ALI KHAN	OP. NOTTURNO	SI	36	36	VOLONTARIATO	0,00 €
ALTRO (SPECIFICARE)								

1. Se si, specificare dove.

TOTALI DOTAZIONE ORGANICA CENTRO			
CAS	NUMERO		NOTE
DIRETTORE CENTRO	331-3975003		SIMONA FERNANDEZ NUMERO ALTERNATIVO
ASSISTENTE SOCIALE	347-995-6840		
MEDIATORE CULTURALE	328-0629518		

**SALAM O.N.G.**  
 SYED ALI KHAN  
 Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735

ENTE GESTORE ASS. SALAM NOME DEL C.A.S. ISOLA DEL GRAN SASSO (1):

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mandati dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità DICHIARA che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle prestazioni effettivamente erogate e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

SERVIZI EROGATI

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: DICEMBRE 2021

TIPOLOGIA SERVIZIO EROGATO	ORE MIENSILI (2) PROPOSTE NELL'OFFERTA PRESENTATA (3)	ORE MIENSILI EFFETTIVAMENTE EROGATE (se inferiori all'offerta presentata occorre specificare i relativi motivi) (4)	NOME OPERATORE IMPIEGATO E QUALIFICA	ORE MIENSILI EFFETTUATE DAL SINGOLO OPERATORE	ORE MIENSILI EFFETTUATE DALL'OPERATORE RISULTANTE DALLE FIRME SUL FOGLIO DI PRESENZE (6)	NOTE (Spiegazioni su eventuali incongruenze tra i dati delle colonne B, C ed E oppure tra quelli delle colonne E ed F)
DIRETTORE	89	27	Simona Fernandez	336	27	
			TOTALI (5)	336	27	
MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE	53	12	SYED ALI KHAN	184	12	
			TOTALI (5)	184	12	
INFORMATIVA LEGALE	22	7	Simona Fernandez	336	7	
			TOTALI (5)	336	7	
ASSISTENZA SOCIALE	35	8	TRALCE MARTINA	37	8	
			TOTALI (5)	37	8	
ASSISTENZA SANITARIA MEDICO	20	0	DOTT. OSVALDO	0	0	
			TOTALI (5)	0	0	
OPERATORE NOTTURNO	248	108	Simona Fernandez	36	36	
			AKPILOLO JOEL	36	36	
			SYED ALI KHAN	36	36	
			TOTALI (5)	108	108	
OPERATORE DIURNO	496	182	AKPILOLO JOEL	360	108	
			Simona Fernandez	336	74	
			TOTALI (5)	696	182	

**SALAM O.N.G.**  
Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735

**Rendiconto dei costi sostenuti**

L'operatore deve compilare il rendiconto dei costi sostenuti, eventualmente modificandolo per le voci non previste. I costi devono essere adeguatamente documentati mediante i giustificativi di spesa da allegare.  
L'Ufficio si riserva di effettuare ulteriori verifiche nel caso di rendiconti che evidenzino l'esistenza di un margine di utile sproporzionato rispetto al corrispettivo pattuito.

GESTORE: ASS. SALAM

MESE: DICEMBRE 2021

La sottoscritta Simona Fernandez in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità DICHIARA che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle spese effettivamente sostenute per la prestazione del servizio di accoglienza e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

P Costo del personale stabilmente impiegato subordinato e parasubordinato				
		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
P1	DIRETTORE CENTRO	€ 324,27	Simona Fernandez	CEDOLINI
P5	MEDICO	€ 0,00	DOTT. OSVALDO	FATTURA
P6	ASSISTENTE SOCIALE	€ 73,60	TRALCE MARTINA	CEDOLINI
P8	MEDIATORE CULTURALE	€ 82,32	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
P9	ASSISTENTE LEGALE	84,07 €	SIMONA FERNANDEZ	CEDOLINO
	OPERATORE DIURNO	1.000,00 €	AKPLOLO JOEL	CEDOLINO
		3.518,93 €	Simona Fernandez	CEDOLINO
P12	OPERATORE NOTTURNO	€ 0,00	Simona Fernandez	VOLONTARIATO
		€ 0,00	AKPILOLO JOEL	VOLONTARIATO
		€ 0,00	SYED ALI KHAN	VOLONTARIATO
<b>TOTALE COSTO VOCE P</b>				<b>€ 5.083,19</b>

**SALAM O.N.G.**  
**Cooperazione Internazionale**

Cod. Fisc.: 90195320735

Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)				
C		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
C1	Sostegno socio psicologico	€ 0,00		
C2	Informazione normativa- supporto legale	€ 0,00		
C3	Assistenza infermieristica e medica	€ 0,00		
C3	Assistenza infermieristica e medica	€ 0,00		
C3	Assistenza infermieristica e medica	€ 0,00		
C3	Assistenza infermieristica e medica	€ 0,00		
C4	Vigilanza notturna	€ 0,00		
C5	Servizio Trasporto			
C6			TOTALE COSTO VOCE C	€ 0,00
Oneri relativi alla gestione e manutenzione dei CAS				
G		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
G1	Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali			
G1	Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali			
G1	Opere di manutenzione ordinaria e relativi materiali			
G2	Affitto locali, condominio, cauzioni, registrazione contratti riferiti all'anno	€ 0,00	GIANCARLO LUCCI- PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA	
			App. Madonna delle grazie - GRAZIANI MARIO	
			App. LARGO TORRIONE 9 INT 27 - Cooperativa Al Fallah	
			App. LARGO TORRIONE 9 INT 29 - Cooperativa Al Fallah	
G3	UtENZE	€ 0,00		
G5	farmaci		TOTALE COSTO VOCE G	€ 0,00

Spese generali per l'assistenza				
A		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
A2	Abbigliamento			
A3	Igiene personale			
A4	Assistenza infanzia			
A5	Materiale ludico/scolastico			
A6	Effetti lettereci			
A7	Tessere telefoniche			
A8	Pocket Money	€ 450,00	Pocket Money	
A8-BIS	Kit vestiario primo ingresso	€ 0,00		
A9	Servizio lavanderia			
A10	Servizio barberia			
A11	Spese di trasporto urbano ed extra-urbano, spese di trasferimento, viaggio e soggiorno temporaneo dei beneficiari			
TOTALE COSTO VOCE A				€ 450,00
Spese attività integrazione				
I		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
I2	Borse lavoro e tirocini formativi			
I3	Progetti specifici			
TOTALE COSTO VOCE I				€ 0,00
Spese relative ai pasti				
M		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
M1	Derrate alimentari			
M2	Pasti preconfezionati			
M3	ALTRO (SPECIFICARE)			
TOTALE COSTO VOCE P				€ 0,00

**SALAM O.N.G.**  
Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735



ENTE GESTORE:

La sottoscritta Simona Fernandez, in qualità di rappresentante legale e presidente di Ass. Salam, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mandati d'incarcerazione (art. 76 D.P.R. 446/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non verificata, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle presenze effettive nei centri gestiti e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ORE MEDICO

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: DICEMBRE 2021

Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)				
C	IMPORTO	ORE EROGATE	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
C3	€ 8,00	0	ORE ESAURITE NEL CORSO DELL'ANNO	FATTURA
MEDICO OSVALDO LAZARO				TOTALE ORE ESAURITE NEI MESI PRECEDENTI
TOTALE				€ 0,00

**SALAM O.N.G.**  
Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735



Spese sanitarie				
S		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
S2	Visite specialistiche			
S3	Altro Farmaci			
			<b>TOTALE COSTO VOCE S</b>	<b>€ 0,00</b>
Spese varie non ricomprese nelle precedenti categorie				
V		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
V2	Spese per pratiche burocratiche relative al rilascio o rinnovo permessi di soggiorno			
V3	Polizze assicurative CAS			
V4	Altre polizze (specificare)			
	Imposte e tasse (specificare)			
V5	Spese per fidejussioni richieste a titolo di garanzia			
			<b>TOTALE COSTO VOCE V</b>	<b>€ 0,00</b>
Costi indiretti (MAX 10% del totale)				
CI		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
CI2	Spese di carburante per automezzi di servizio (anche per automezzi di proprietà del personale)			
CI3	Spese di cancelleria			
CI3	Spese di cancelleria			
CI5	ALTRO (SPECIFICARE)			
			<b>TOTALE COSTO VOCE CI</b>	<b>€ 0,00</b>

<b>A. TOTALE MENSILE ONERI RENDICONTI</b>	<b>€ 5.533,19</b>
<b>TOTALE RIMBORSO SCHEDE TELEFONICHE</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE RIMBORSO KIT INGRESSO VESTIARIO</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE ORE MEDICO</b>	<b>0</b>
<b>B. CORRISPETTIVO TEORICO MENSILE IN-BASE ALLE PRESENZE</b>	<b>€ 3.834,99</b>
<b>DIFFERENZA (B-A)</b>	

**RILEVAZIONE FABBISOGNO - COSTI SOSTENUTI**

I costi relativi al KIT, alle tessere telefoniche e al servizio medico, devono essere adeguatamente documentati mediante i giustificativi di spesa da allegare. L'Ufficio si riserva di effettuare ulteriori verifiche nel caso di rendiconti che evidenzino l'esistenza di un margine di utile sproporzionato rispetto al corrispettivo pattuito.

GESTORE: ASSOCIAZIONE SALAM  
MESE: DICEMBRE 2021

la sottoscritta...SIMONA FERNANDEZ...in qualità di Presidente di ASSOCIAZIONE SALAM, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità DICHIARA che i dati riportati nel presente prospetto corrispondono alle spese effettivamente sostenute per la prestazione del servizio di accoglienza e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data 18/12/2021

Firma

*Simona Fernandez*  
Associazione Salam  
Sede Operativa: Borgo San Leonardo  
64045 Liscia del Gran Sasso (TE)  
C.F. 9019322733  
P.IVA 03105470237

PREZZO PRO DIE PRO CAPITE:	17,91
TOTALE PRESENZE PERIODO:	189
N. POCKET MONEY (€ 2,5):	472,50
N. TESSERE TELEFONICHE CONSEGNATE (€ 5):	- €
N. KIT DI PRIMO INGRESSO CONSEGNATI:	- €
ORE ASSISTENZA MEDICA EROGATE:	0
COSTO ORARIO MEDICO:	8,00

\* da compilarsi solo per le unità abitate e per i CAS con capienza sino a 50 ospiti

GG.	mezzo	presenza	costo giornaliero	IMPONIBILE	N/A (sottrazione pagamenti)	p. money erogati	tessera telefoniche erogate	Kit di primo ingresso	IVA KIT su primo ingresso	Servizio medico*	SPESA TOTALE
1	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
2	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
3	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
4	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
5	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
6	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
7	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
8	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
9	DICEMBRE	21	17,91 €	376,11 €	-	52,50 €	-	0	-	-	428,61 €
10	DICEMBRE										
11	DICEMBRE										
12	DICEMBRE										
13	DICEMBRE										
14	DICEMBRE										
15	DICEMBRE										
16	DICEMBRE										
17	DICEMBRE										
18	DICEMBRE										
19	DICEMBRE										
20	DICEMBRE										
21	DICEMBRE										
22	DICEMBRE										
23	DICEMBRE										
24	DICEMBRE										
25	DICEMBRE										
26	DICEMBRE										
27	DICEMBRE										
28	DICEMBRE										
29	DICEMBRE										
30	DICEMBRE										
31	DICEMBRE										
	totali	189		3.384,99 €	- €	472,50 €	- €	- €	- €	- €	3.857,49 €

FIRMA DIGITALE

*Simona Fernandez*  
Associazione Salam  
Sede Operativa: Borgo San Leonardo  
64045 Liscia del Gran Sasso (TE)  
C.F. 9019322733  
P.IVA 03105470237