

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	TOTALE

NOTE ED INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

SALAM O.N.G.
 Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735

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

DICHIARA 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 19/11/22

Firma

SALAM O.N.G.
Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735

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	89	3.031,00 €	1.068,89 €
MEDICO	DOTT. OSVALDO	medico	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
ASSISTENTE SOCIALE	TRALCE MARTINA	ASSISTENTE SOCIALE	NO	37	36	332,00 €	340,40 €
MEDIATORE CULTURALE	SYED ALI KHAN	MEDIATORE	SI	236	53	63,00 €	363,58 €
INFORMATIVA LEGALE	Simona Fernandez	INF. LEGALE	NO	336	22	0,00 €	264,22 €
OPERATORE DIURNO	AKPLOLO JOEL	OP DIURNO	NO	360	360	800,00 €	1.000,00 €
	Simona Fernandez	OP DIURNO	NO	336	225	0,00 €	3.518,93 €
OPERATORE NOTTURNO	Simona Fernandez	OP. NOTTURNO	NO	120	120	VOLONTARIATO	0,00 €
	AKPILOLO JOEL	OP. NOTTURNO	NO	116	116	VOLONTARIATO	1,00 €
	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	MARTINA TRALCE	
MEDIATORE CULTURALE	328-0629518	SYED ALI KHAN	

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 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 prestazioni effettivamente erogate o riscontrabili nella documentazione allegata.

Data _____ Firma _____

SERVIZI EROGATI

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: NOVEMBRE 2021

TIPOLOGIA SERVIZIO EROGATO	ORE MENSILI (2) PROPOSTE NELL'OFFERTA PRESENTATA (3)	ORE MENSILI EFFETTIVAMENTE EROGATE (se inferiori all'offerta presentata occorre specificare i relativi motivi) (4)	NOME OPERATORE IMPIEGATO E QUALIFICA	ORE MENSILI EFFETTUATE DAL SINGOLO OPERATORE	ORE MENSILI 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	89	Simona Fernandez	336	89	
			TOTALI (5)	336	89	
MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE	53	53	SYED ALI KHAN	236	53	
			TOTALI (5)	236	53	
INFORMATIVA LEGALE	22	22	Simona Fernandez	336	22	
			TOTALI (5)	336	22	
ASSISTENZA SOCIALE	35	36	TRALCE MARTINA	37	36	
			TOTALI (5)	37	36	
ASSISTENZA SANITARIA MEDICO	20	0	DDTT. OSVALDO	0	0	
			TOTALI (5)	0	0	
OPERATORE NOTTURNO	248	272	Simona Fernandez	120	120	
			AKPILOLO JOEL	116	116	
			SYED ALI KHAN	36	36	
			TOTALI (5)	272	272	
OPERATORE DIURNO	496	585	AKPILOLO JOEL	360	360	
			Simona Fernandez	336	225	
			TOTALI (5)	585	585	

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: NOVEMBRE 2021

SALAM O.N.G.

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 rendiconto corrispondono alle spese effettivamente sostenute per la prestazione del servizio di accoglienza e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data 10/11/21

Firma [Firma]

Cod. Fisc.: 90195320735

P		Costo del personale stabilmente impiegato subordinato e parasubordinato		
		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
P1	DIRETTORE CENTRO	€ 1.068,89	Simona Fernandez	CEDOLINI
P5	MEDICO	€ 0,00	DOTT. OSVALDO	FATTURA
P6	ASSISTENTE SOCIALE	€ 340,40	TRALCE MARTINA	CEDOLINI
P8	MEDIATORE CULTURALE	€ 363,58	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
P9	ASSISTENTE LEGALE	264,22 €	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
TOTALE COSTO VOCE P				e 6.556,02

C Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)					
			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
G Oneri relativi alla gestione e manutenzione dei CAS					
			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		€ 1.960,00	GIANCARLO LUCCI- PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA	BONIFICO
				App. Madonna delle grazie - GRAZIANI MARIO	CONTANTI RICEVUTA
				App. LARGO TORRIONE 9 INT 27 - Cooperativa Al Fallah	CONTANTI RICEVUTA
				App. LARGO TORRIONE 9 INT 29 - Cooperativa Al Fallah	CONTANTI RICEVUTA
G3	UtENZE		€ 0,00		
G5	Farmaci				
TOTALE COSTO VOCE G					€ 1.960,00