

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.

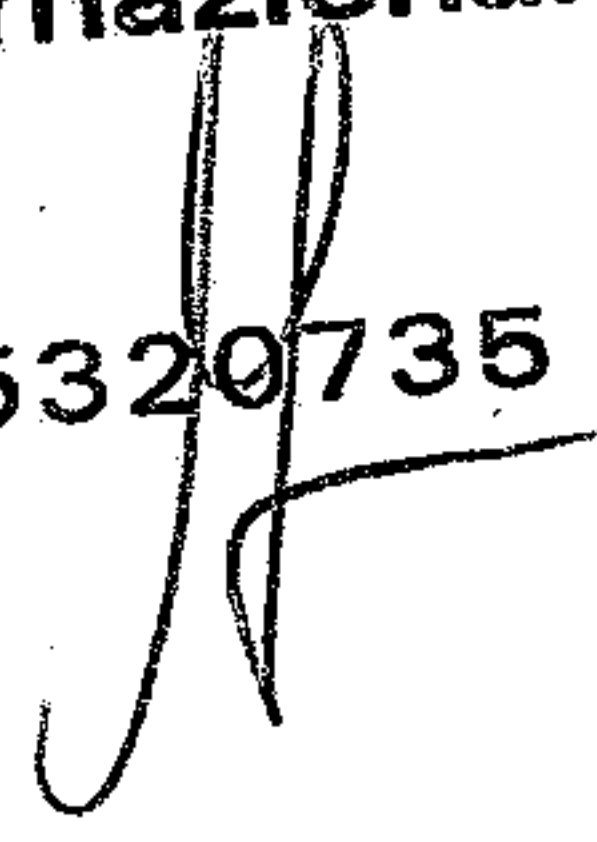
DENOMINAZIONE	Associazione Salam
SEDE LEGALE	via Anfiteatro 219 Taranto 74123 (TA)
CODICE FISCALE	90195320735
LEGALE RAPPRESENTATE	Dott.ssa Simona Fernandez
FORMA DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA	**
DENOMINAZIONE IMPRESE CONSORZIATE O RAGGRUPPATE	**
EVENTUALI SUBAPPALTATORI AUTORIZZATI	**

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 3/12/21 Firma 

(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.

STRUTTURA:	CAS ISOLA DEL GRAN SASSO - STRUTTURA UNICA 6 APPARTAMENTI						
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	324	89	2.954,00 €	1.068,89 €
MEDICO	DOTT. OSVALDO	medico	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
ASSISTENTE SOCIALE	TRALCE MARTINA	ASSISTENTE SOCIALE	NO	38	38	311,00 €	349,60 €
MEDIATORE CULTURALE	SYED ALI KHAN	MEDIATORE	NO	100	53	473,00 €	1.042,72 €
INFORMATIVA LEGALE	Simona Fernandez	INF. LEGALE	NO	324	22	0,00 €	264,22 €
OPERATORE DIURNO	AL ATTAR TAYSIR	OP DIURNO	NO	208	208	1.324,00 €	1.691,04 €
	SYED ALI KHAN	OP DIURNO	NO	100	47	0,00 €	0,00 €
	Simona Fernandez	OP DIURNO	NO	324	213	0,00 €	2.558,13 €
OPERATORE NOTTURNO	Simona Fernandez	OP. NOTTURNO	NO	112	112	VOLONTARIATO	0,00 €
	AKPLILO JOEL	OP. NOTTURNO	NO	100	100	VOLONTARIATO	0,00 €
	SYED ALI KHAN	OP. NOTTURNO	NO	52	52	VOLONTARIATO	0,00 €
ALTRO (SPECIFICARE)							

1. Se si, specificare dove.

TOTALI DOTAZIONE ORGANICA CENTRO		
CAS	NUMERO	NOTE
DIRETTORE CENTRO	331-3975003	
ASSISTENTE SOCIALE	347-995-6840	SIMONA FERNANDEZ
MEDIATORE CULTURALE	328-0629518	MARTINA TRALCE
		SYED ALI KHAN

SALAM O.N.G.
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 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 e riscontrabili nella documentazione allegata.

Data _____ Firma _____

SERVIZI EROGATI

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: SETTEMBRE 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	324	89	
			TOTALI (5)	324	89	
MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE	53	53	SYED ALI KHAN	100	53	
			TOTALI (5)	100	53	
INFORMATIVA LEGALE	22	22	Simona Fernandez	324	22	
			TOTALI (5)	324	22	
ASSISTENZA SOCIALE	35	38	TRALCE MARTINA	38	38	
			TOTALI (5)	38	38	
ASSISTENZA SANITARIA MEDICO	20	0	DOTT. OSVALDO	0	0	
			TOTALI (5)	0	0	
OPERATORE NOTTURNO	248	264	Simona Fernandez	112	112	
			AKPLILO JOEL	100	100	
			SYED ALI KHAN	52	52	
			TOTALI (5)	264	264	
OPERATRE DIURNO	496	468	AL ATTAR TAYSIR	208	208	
			SYED ALI KHAN	100	47	
			Simona Fernandez	324	213	
			TOTALI (5)	632	468	

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: SETTEMBRE 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 9/12/21

Firma 

Costo del personale stabilmente impiegato subordinato e parasubordinato				
P		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
P1	DIRETTORE CENTRO	€ 3.891,24	SIMONA FERNANDEZ	CEDOLINI
P5	MEDICO	€ 0,00	OSVALDO	FATTURA
P6	ASSISTENTE SOCIALE	€ 349,60	MARTINA TRALCE	CEDOLINI
P7	INSEGNANTE LINGUA	€ 0,00	ILARIA TATULLI	VOLONTARIATO
P8	MEDIATORE CULTURALE	€ 1.042,72	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
P9	ASSISTENTE LEGALE	0,00 €	FERNANEZ SIMONA	CEDOLINO
	OPERATORE DIURNO	1.691,04 €	AL ATTAR TAYSIR	CEDOLINO
		0,00 €	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
		0,00 €	Simona Fernandez	CEDOLINO
P12	OPERATORE NOTTURNO	€ 0,00	Simona Fernandez	VOLONTARIATO
		€ 0,00	AKPLILO JOEL	VOLONTARIATO
		€ 0,00	SYED ALI KHAN	VOLONTARIATO
		TOTALE COSTO VOCE P		

SALAM O.N.G.
Cooperazione Internazionale

Cod. Fisc.: 90195320735