

**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**

<b>NUMERO POSTI</b>	<b>UBICAZIONE</b>
5	LARGO TORRIONE 9 INTERNO 27
12	PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA
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

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 \_\_\_\_ 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.

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	352	90	3.308,00 €	4.984,64 €
MEDICO	DOTT. OSVALDO	medico	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
ASSISTENTE SOCIALE	TRALCE MARTINA	ASSISTENTE SOCIALE	NO	35	35	717,00 €	801,72 €
MEDIATORE CULTURALE	SYED ALI KHAN	MEDIATORE	NO	306	54	1.874,00 €	2.408,26 €
INFORMATIVA LEGALE	Simona Fernandez	INF. LEGALE	NO	352	27	0,00 €	0,00 €
OPERATORE DIURNO	SYED ALI KHAN	OP DIURNO	NO	306	140	0,00 €	0,00 €
	MARTINA TRALCE	OP DIURNO	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
	AKPLOLO JOEL	OP DIURNO	NO	108	108	800,00 €	1.000,00 €
	ABDELKAHDAM HUSSEIN	OP DIURNO	NO	170	170	0,00 €	0,00 €
	Simona Fernandez	OP DIURNO	NO	352	147	0,00 €	0,00 €
OPERATORE NOTTURNO	Simona Fernandez	OP. NOTTURNO	NO	352	88	0,00 €	0,00 €
	AKPILOLO JOEL	OP. NOTTURNO	NO	112	112	0,00 €	0,00 €
	ABDELKAHDAM HUSSEIN	OP. NOTTURNO	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
	SYED ALI KHAN	OP. NOTTURNO	NO	306	112	0,00 €	0,00 €
PSICOLOGO	VITO MINGOLLA	PSICOLOGO	NO	24	24	0,00 €	206,00 €
ITALIANO	ABDELKAHDAM HUSSEIN	COLLOQUI	NO	24	24	1.000,00 €	1.250,00 €

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 e riscontrabili nella documentazione allegata.

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

SERVIZI EROGATI

MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: FEBBRAIO2022

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	90	90	Simona Fernandez	352	90	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>352</b>	<b>90</b>	
MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE	54	54	SYED ALI KHAN	306	54	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>306</b>	<b>54</b>	
INFORMATIVA LEGALE	27	27	Simona Fernandez	352	27	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>352</b>	<b>27</b>	
ASSISTENZA SOCIALE	36	35	TRALCE MARTINA	35	35	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	
ASSISTENZA SANITARIA MEDICO	20	0	DOTT. OSVALDO	0	0	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
OPERATORE NOTTURNO	224	312	Simona Fernandez	352	88	LE ORE TOTALI DEL MESE SONO 224 ESSENDO UN MESE DI 28 GIORNI PER 8 ORE AL GIORNO
			AKPILOLO JOEL	112	112	
			ABDELKAHDAM HUSSEIN	0	0	
			SYED ALI KHAN	306	112	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>770</b>	<b>312</b>	
OPERATORE DIURNO	560	565	SYED ALI KHAN	306	140	LE ORE TOTALI DEL MESE SONO 560 ESSENDO UN MESE DI 28 GIORNI PER 20 ORE AL GIORNO
			MARTINA TRALCE	0	0	
			AKPLOLO JOEL	108	108	
			ABDELKAHDAM HUSSEIN	170	170	
			Simona Fernandez	352	147	
			<b>TOTALI (5)</b>	<b>936</b>	<b>565</b>	

**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: FEBBRAIO 2022

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	€ 4.984,64	Simona Fernandez	CEDOLINI
P5	MEDICO	€ 0,00	DOTT. OSVALDO	FATTURA
P6	ASSISTENTE SOCIALE	€ 801,72	TRALCE MARTINA	CEDOLINI
P8	MEDIATORE CULTURALE	€ 2.408,26	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
P9	ASSISTENTE LEGALE	0,00 €	SIMONA FERNANDEZ	CEDOLINO
	OPERATORE DIURNO	0,00 €	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
		0,00 €	MARTINA TRALCE	CEDOLINO
		1.000,00 €	AKPLOLO JOEL	FATTURA
		0,00 €	ABDELKAHDAM HUSSEIN	FATTURA
		0,00 €	Simona Fernandez	CEDOLINO
		0,00 €	Simona Fernandez	CEDOLINO
P12	OPERATORE NOTTURNO	€ 0,00	AKPILOLO JOEL	FATTURA
		€ 0,00	ABDELKAHDAM HUSSEIN	FATTURA
		€ 0,00	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
		€ 0,00	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
<b>TOTALE COSTO VOCE P</b>				<b>€ 9.194,62</b>

<b>C</b>				
<b>Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)</b>				
		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
C1	<i>Sostegno socio psicologico</i>	€ 206,00	VITO MINGOLLA	FATTURA 3/2022 DEL 31/01/2022
C2	<i>Informazione normativa- supporto legale</i>	€ 0,00		
C3	<i>Assistenza Infermieristica e medica</i>	€ 0,00		
C4	<i>Vigilanza notturna</i>	€ 0,00		
C5	<i>Servizio Trasporto</i>	€ 0,00		
C6	<i>Italiano</i>	€ 1.250,00	ABDELKAHDAM HUSSEIN	
<b>TOTALE COSTO VOCE C</b>				<b>€ 1.456,00</b>
<b>G</b>				
<b>Oneri relativi alla gestione e manutenzione dei CAS</b>				
		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	€ 1.700,00	PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA	€ 1.100,00
			App. Madonna delle grazie - GRAZIANI MARIO	IN ATTESA INDICAZIONI TRIBUNALE DI ASCOLI PER FALLIMENTO PERSONA
			App. LARGO TORRIONE 9 INT 27 - Cooperativa Al Fallah	€ 300,00
			App. LARGO TORRIONE 9 INT 29 - Cooperativa Al Fallah	€ 300,00
G3	Utze	€ 0,00		
G4	Alimenti			
G5	farmaci			
<b>TOTALE COSTO VOCE G</b>				<b>€ 1.700,00</b>

<b>A</b>				
<b>Spese generali per l'assistenza</b>				
		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 letterecci			
A7	Tessere telefoniche			
A8	Pocket Money	€ 810,00	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			
<b>TOTALE COSTO VOCE A</b>				<b>€ 810,00</b>
<b>I</b>				
<b>Spese attività integrazione</b>				
		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
I2	Borse lavoro e tirocini formativi			
I3	Progetti specifici			
<b>TOTALE COSTO VOCE I</b>				<b>€ 0,00</b>
<b>M</b>				
<b>Spese relative ai pasti</b>				
		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
M1	Derrate alimentari			
M2	Pasti preconfezionati			
M3	ALTRO (SPECIFICARE)			
<b>TOTALE COSTO VOCE P</b>				<b>€ 0,00</b>

<b>S</b>				
<b>Spese sanitarie</b>				
		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>
<b>V</b>				
<b>Spese varie non ricomprese nelle precedenti categorie</b>				
		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>
<b>CI</b>				
<b>Costi indiretti (MAX 10% del totale)</b>				
		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			
CI5	ALTRO (SPECIFICARE)			
<b>TOTALE COSTO VOCE CI</b>				<b>€ 0,00</b>

<b>A. TOTALE MENSILE ONERI RENDICONTI</b>	€ 13.160,62
<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>MAGGIORAZIONE MINORI</b>	€ 12,60
<b>B. CORRISPETTIVO TEORICO MENSILE IN BASE ALLE PRESENZE</b>	€ 8.746,12
<b>DIFFERENZA (B-A)</b>	





**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 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 presenze effettive nei centri gestiti e riscontrabili nella documentazione allegata.

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

**ORE MEDICO**

**MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: FEBBRAIO 2022**

<b>C</b>		<b>Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)</b>			
		<b>IMPORTO</b>	<b>ORE EROGATE</b>	<b>NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)</b>	<b>GIUSTIFICATIVI DI SPESA</b>
C3	MEDICO OSVALDO LAZARO	€ 8,00	0	ORE MEDICO NON UTILIZZATE	FATTURA
<b>TOTALE ORE ESURITE NEI MESI PRECEDENTI</b>					
<b>TOTALE</b>					<b>€ 0,00</b>

**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 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 presenze effettive nei centri gestiti e riscontrabili nella documentazione allegata.

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

**KIT PRIMO INGRESSO**

**MESE ED ANNO DI RIFERIMENTO: FEBBRAIO 2022**

<b>C</b>				
<b>Costo collaborazioni esterne - consulenze - figure professionali (ad esempio, avvocati, consulenti fiscali, etc)</b>				
		<b>IMPORTO</b>	<b>NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)</b>	<b>GIUSTIFICATIVI DI SPESA</b>
A7	Tessere telefoniche	€ 0,00	NESSUNO	
A8- BIS	Kit vestiario primo ingresso	€ 0,00	NESSUNO	FATTURA
<b>TOTALE</b>				<b>€ 0,00</b>