

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
15	PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA
8	LARGO TORRIONE 9 INTERNO 29
3	SAN MASSIMO
7	SAN PIETRO
38	TOTALE

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	STEFANIA DE NICOLAIS	DIRETTORE	NO	90	90	2.000,00 €	2.458,24 €
MEDICO	DOTT. OSVALDO	medico	NO	0	0	0,00 €	0,00 €
ASSISTENTE SOCIALE	TRALCE MARTINA	ASSISTENTE SOCIALE	NO	35	35	745,00 €	731,47 €
MEDIATORE CULTURALE	SYED ALI KHAN	MEDIATORE	NO	168	54	1.041,00 €	1.180,70 €
INFORMATIVA LEGALE	STEFANIA DE NICOLAIS	INF. LEGALE	NO	27	27	0,00 €	0,00 €
OPERATORE DIURNO	SYED ALI KHAN	OP DIURNO	NO	168	114	0,00 €	0,00 €
	AKPLOLO JOEL	OP DIURNO	NO	108	108	800,00 €	1.000,00 €
	BARRY SALIOU	OP DIURNO	NO	134	134	800,00 €	1.000,00 €
	EGHAGHE BLESSING	OP DIURNO	NO	244	244	800,00 €	1.000,00 €
OPERATORE NOTTURNO	SYED ALI KHAN	OP. NOTTURNO	NO	124	124	0,00 €	0,00 €
	AKPILOLO JOEL	OP. NOTTURNO	NO	124	124	0,00 €	0,00 €
PSICOLOGO	VITO MINGOLLA	PSICOLOGO	NO	27	27	0,00 €	0,00 €
ITALIANO	ABDELKAHDAM HUSSEIN	COLLOQUI	NO	65	65	0,00 €	0,00 €

1. Se si, specificare dove.

TOTALI DOTAZIONE ORGANICA CENTRO			
CAS	NUMERO	NOTE	
PRESIDENTE SALA	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:MAGGIO 2022

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	STEFANIA DE NICOLAIS	90	90	
			TOTALI (5)	90	90	
MEDIAZIONE LINGUISTICA CULTURALE	54	54	SYED ALI KHAN	168	54	
			TOTALI (5)	168	54	
INFORMATIVA LEGALE	27	27	STEFANIA DE NICOLAIS	27	27	
			TOTALI (5)	27	27	
ASSISTENZA SOCIALE	35	35	TRALCE MARTINA	35	35	
			TOTALI (5)	35	35	
ASSISTENZA SANITARIA MEDICO	20	0	DOTT. OSVALDO	0	0	
			TOTALI (5)	0	0	
OPERATORE DIURNO	600	600	SYED ALI KHAN	168	114	
			AKPLOLO JOEL	108	108	
			BARRY SALIOU	134	134	
			EGHAGHE BLESSING	244	244	
			TOTALI (5)	654	600	
OPERATORE NOTTURNO	240	248	SYED ALI KHAN	124	124	
			AKPLOLO JOEL	124	124	
			TOTALI (5)	248	248	

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: MAGGIO 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	€ 2.458,24	STEFANIA DE NICOLAIS	FATTURA
P5	MEDICO	€ 0,00	DOTT. OSVALDO	NESSUNO
P6	ASSISTENTE SOCIALE	€ 731,47	TRALCE MARTINA	CEDOLINO
P8	MEDIATORE CULTURALE	€ 1.180,70	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
P9	ASSISTENTE LEGALE	0,00 €	STEFANIA DE NICOLAIS	FATTURA
		0,00 €	SYED ALI KHAN	CEDOLINO
	OPERATORE DIURNO	1.000,00 €	AKPLOLO JOEL	CEDOLINO
		1.000,00 €	BARRY SALIOU	CEDOLINO
		1.000,00 €	EGHAGHE BLESSING	CEDOLINO
		1.000,00 €		
	OPERTORE NOTTURNO	0,00 €	SYED ALI KHAN	
		0,00 €	AKPILOLO JOEL	CEDOLINO
TOTALE COSTO VOCE P				€ 7.370,41

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	<i>Sostegno socio psicologico</i>	€ 0,00	VITO MINGOLLA	
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>	€ 0,00		
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	€ 3.800,00	PIAZZA CONTEA DI PAGLIARA	€ 1.100,00
			CAPARRA FAVILLA ROSANNA	€ 1.400,00
			FAVILLA ROSANNA	€ 700,00
			App. LARGO TORRIONE 9 INT 27 - Cooperativa Al Fallah	€ 300,00
			App. LARGO TORRIONE 9 INT 29 - Cooperativa Al Fallah	€ 300,00
G3	UtENZE	€ 0,00		
G4	Alimenti			
G5	farmaci			
TOTALE COSTO VOCE G				€ 3.800,00

A				
Spese generali per l'assistenza				
		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 lettercci			
A7	Tessere telefoniche	€ 60,00	12 INGRESSI	
A8	Pocket Money	€ 2.590,00	Pocket Money	
A8-BIS	Kit vestiario primo ingresso			
A9	Servizio lavanderia			
A10	Servizio barberia			
A11	Spese di trasporto urbano ed extra-urbano, spese di trasferimento, viaggio e soggiorno temporaneo dei beneficiari	€ 34,00	BIGLIETTI D'AMICO	
TOTALE COSTO VOCE A				€ 2.684,00
I				
Spese attività integrazione				
		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
M				
Spese relative ai pasti				
		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

S				
Spese sanitarie				
		IMPORTO	NOMINATIVO (NOME E COGNOME - DENOMINAZIONE, CF, P.IVA.)	GIUSTIFICATIVI DI SPESA
S2	Visite specialistiche			
S3	Altro Farmaci			
TOTALE COSTO VOCE S				€ 0,00
V				
Spese varie non ricomprese nelle precedenti categorie				
		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			
TOTALE COSTO VOCE V				€ 0,00
CI				
Costi indiretti (MAX 10% del totale)				
		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)			
TOTALE COSTO VOCE CI				€ 0,00

A. TOTALE MENSILE ONERI RENDICONTI	€ 13.854,41
TOTALE RIMBORSO SCHEDE TELEFONICHE	60
TOTALE RIMBORSO KIT INGRESSO VESTIARIO	0
TOTALE ORE MEDICO	0
MAGGIORAZIONE MINORI	€ 9,30
B. CORRISPETTIVO TEORICO MENSILE IN BASE ALLE PRESENZE	€ 27.307,75
DIFFERENZA (B-A)	

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: MAGGIO 2022

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

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: MAGGIO 2022

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
A7	Tessere telefoniche	€ 60,00	NESSUNO	FOGLIO FIRMA OSPITE
A8- BIS	Kit vestiario primo ingresso	€ 0,00	NESSUNO	FATTURA
TOTALE				€ 60,00