



**A.S.L. BI**

Azienda Sanitaria Locale  
di Biella

SEDE LEGALE

Via Marconi, 23 – 13900 Biella  
Tel. 015-35031 Fax. 015-3503545  
www.aslbi.piemonte.it

**S.O.C. Acquisizione e gestione servizi**

Direttore: Dott.ssa Leila Rossi

[leila.rossi@aslbi.piemonte.it](mailto:leila.rossi@aslbi.piemonte.it)

tel.015-3505433; fax 015-3503517

P.I. / Cod. Fisc. 01810260024

Biella, 3 luglio 2013

**OGGETTO:** Riapertura termini progetto “Reinserimento sociale e lavorativo di tossicodipendenti in carico al D.P.D. A.S.L.BI”

Con il presente avviso si comunica che sono riaperti termini per l’anno 2013 per l’adesione da parte dei soggetti interessati all’adesione al progetto “Reinserimento sociale e lavorativo di tossicodipendenti in carico al D.P.D. A.S.L.BI”, approvato con deliberazione n.663 del 29/12/2011.

Gli interessati, qualora non abbiano ancora adempiuto, dovranno far pervenire la seguente documentazione **entro le ore 12 del 30 agosto 2013** all’Ufficio Protocollo dell’A.S.L.BI Via Marconi 23 Biella:

a. Dichiarazione di disponibilità all’adesione al progetto sopra descritto, firmata dal Legale Rappresentante o da Procuratore speciale (in questo caso la procura dovrà essere allegata in originale o in copia conforme);

b. - Si richiede:

- dichiarazione sostitutiva sottoscritta dal legale rappresentante o dal procuratore fornito dei poteri necessari (allegando copia conforme della procura generale o originale della procura speciale) ed accompagnata da copia del documento di identità dello stesso ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 con la quale il dichiarante assumendosene la piena responsabilità:

- a) denominazione sociale e sede;
- b) nominativo del procuratore che sottoscrive la dichiarazione con indicazione degli estremi dell’atto di conferimento dei poteri per impegnare la Ditta;
- c) dichiarazione di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dall’art.38 del D.Lgvo 163/06;
- d) dichiarazione di essere in regola con il versamento dei contributi sociali e previdenziali, assicurativi ed antinfortunistici;
- e) dichiara la propria posizione rispetto alla L.68/99 e l’ottemperanza di quanto previsto all’art. 17 della medesima legge;
- f) dichiara che non sussistono a carico della Ditta le sanzioni interdittive di cui al D.Lgvo 231/2001 e in particolare il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione (art.9 comma 2 lettera c) D.Lgvo 231/2001);
- g) attesta di aver preso esatta cognizione della natura del progetto e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;
- h) dichiara l’iscrizione nel Registro Unico delle Imprese della competente Camera di Commercio con le seguenti indicazioni: numero di iscrizione, denominazione sociale, sede legale ed oggetto dell’attività (con specificazione del codice attività), indicazione del legale rappresentante, codice fiscale e partita I.V.A.;dichiara l’iscrizione all’Albo delle cooperative;
- i) relativamente al rispetto degli obblighi della tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell’articolo 3, comma 7, come modificato dal D.L. 12/11/2010 N° 187 , la Cooperativa è tenuta a comunicare:
  - a. gli estremi identificativi di conti correnti bancari postali dedicati, con l’indicazione del settore al quale sono dedicati;

Si rammenta inoltre che dovrà essere tempestivamente comunicata ogni modifica dei dati trasmessi con impegno a dare immediata comunicazione all’A.S.L. ed alla prefettura – ufficio territoriale del Governo della provincia di Biella della notizia dell’inadempimento della propria controparte agli



**A.S.L. BI**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Biella*

**SEDE LEGALE**

*Via Marconi, 23 – 13900 Biella*

*Tel. 015-35031 Fax. 015-3503545*

*www.aslbi.piemonte.it*

---

*P.I. / Cod. Fisc. 01810260024*

obblighi di tracciabilità finanziaria.

- j) le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operate sugli stessi;
- k) dichiara che la Cooperativa non è commissariata;
- l) accettazione dei costi e delle condizioni proposte.

Deve essere allegata:

- copia del presente progetto sottoscritto in ogni pagina (fronte e retro) per accettazione, dal Legale Rappresentante ed accompagnati da copia del documento di identità dello stesso ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

Qualora tale documentazione sia già stata inviata a questa A.S.L., si chiede di inviare VIA FAX AL NUMERO 015-3503516 dichiarazione di conferma.

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE  
(Dott. Michele Sartore)**