Alla Prefettura di Barletta Andria Trani

**AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ACCOGLIENZA E ASSISTENZA DI CITTADINI STRANIERI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE PRESSO IDONEE STRUTTURE DA ADIBIRE A CENTRI DI ACCOGLIENZA STRAORDINARI DI CUI ALL'ART.11 DEL D.LGS. L42/2015 UBICATI NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI BARLETTA ANDRIA TRANI.**

**•**

Il sottoscritto ………………………………………………………………........................... nato a …..…......…………………....... il ……......………………………….. nella sua qualità di (*indicare se titolare/Legale rappresentante/procuratore speciale/generale*) ………………………………………………............… dell’impresa …………………….……………………………...................…………………………………….. con sede a …........….....………………. Via…………………………..……………………......................................., C.F. ………………………, P. IVA …....................., in relazione alla procedura indicata in oggetto,

**DICHIARA**

* che i propri **COSTI DELLA MANODOPERA** per l’esecuzione dell’appalto, che ammontano ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in cifre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euro (in lettere) (*la cifra deve coincidere con quella caricata dall’operatore economico a Sistema sulla piattaforma telematica nell’apposito campo dell’offerta economica*), **scaturiscono dal seguente calcolo:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** |
| **Personale impiegato con riferimento all’All\_A e all’offerta tecnica)**  | **Tipologia CCNL applicato** | **Livello di inquadramento** | **Tariffa oraria stimata** | **Nr. delle ore di impiego su base SETTIMANALE (\*\*)** | **Nr. totale di ore di impiego per la durata del contratto (12 mesi)**  | **Costo lavoro complessivo annuo (=D x F)** |
| **Operatori diurni** |  |  |  |  |  |  |
| **Operatori notturni**  |  |  |  |  |  |  |
| **Direttore** |  |  |  |  |  |  |
| **Medico** |  |  |  |  |  |  |
| **Infermiere** |  |  |  |  |  |  |
| **Assistente sociale** |  |  |  |  |  |  |
| **Mediatore linguistico**  |  |  |  |  |  |  |
| ***Eventuali altre figure professionali*** |  |  |  |  |  |  |
| ***----*** | ----- | ------ | ---- | Totale  | totale | Totale € |

**COSTO STIMATO DELLA SICUREZZA AZIENDALE** è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’intera durata del servizio.

(\*\*) ***il nr. delle ore di impiego INCLUDE quelle aggiuntive eventualmente offerte, connesse all’incremento del rapporto nr. operatori/ospiti e all’incremento delle ore settimanali per talune prestazioni professionali.***

FIRMA

(Legale Rappresentante)

***Avvertenze:***

**la dichiarazione deve essree sottoscritta con le medesime modalità previste per la sottoscrizione della domanda.**