**Alla Prefettura di Brindisi**

**Gara europea a procedura aperta per l’affidamento dell’appalto dei servizi di gestione e funzionamento del C.P.R. di Brindisi (centri di cui all’art. 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286) con capacità ricettiva di 48 posti (art 1, comma 2, del capitolato d’ appalto approvato con decreto del Ministro dell’Interno in data 4 marzo 2024). Triennio 2024-2027.**

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.**