Allegato 2

COMUNE DI LAMPEDUSA E LINOSA

DSS42 – REGIONE SICILIA

DICHIARAZIONE DI OFFERTA ECONOMICA

OGGETTO: **TRATTATIVA DIRETTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SUPPORTO E RAFFORZAMENTO DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NELL'AMBITO DELLE RISORSE "QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTA' ANNUALITA' 2019- PER LA DURATA DI 14 SETTIMANE.**

CUP: H59G21000000001
CIG:Z8B3CEF35A

IMPORTO A BASE DI GARA: € 21.985,82 oltre IVA 5%

Il/La sottoscritto/a……..
(cognome e nome)
nato/a a: ……il ……..
(luogo, prov., data)

residente a ……(…) via……n. …….
(luogo, prov., indirizzo)

in nome del concorrente "……."
(denominazione)

con sede legale in ……(…) via……n. …… C/F. P.IVA ……..
(luogo, prov., indirizzo, C.F./P.IVA)

nella sua qualità di:
(barrare la caselle che interessa)
|_| Titolare o Legale rappresentante
|_| Procuratore speciale/generale

soggetto che partecipa alla gara in oggetto nella sua qualità di:
(barrare la caselle che interessa)

|_| Singolo concorrente (*lett. a)* art. 65 co. 1 D. Lsg. 36/2023);
|_| Consorzio stabile (*lett. d)* art. 65 co. 2 D. Lsg. 50/2016); etc…

Offre

PER L'APPALTO RELATIVO L'AFFIDAMENTO DEL SUPPORTO E RAFFORZAMENTO DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE NELL'AMBITO DELLE RISORSE "QUOTA SERVIZI DEL FONDO POVERTA'" ANNUALITA' 2019

Prezzo complessivo dell'offerta (iva esclusa)	*(in cifre)*: €_____
	(in lettere):_____
di cui oneri della sicurezza aziendale pari a (art.108, comma 9, D. Lgs. 36/2023	*(in cifre)*: €_____ _____ *(in lettere)*:_____
di cui oneri di gestione ed organizzazione	*(in cifre)*: €_____
	(in lettere):_____

L'impresa dichiara di assumere a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge e di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti, nonché di accettare le condizioni contrattuali e le penalità previste per il presente appalto.

L'impresa per ciascuna figura del personale previsto si impegna per la durata dell'appalto a garantire il seguente costo orario:

Personale	**Costo orario calcolato in applicazione del CCNL vigente delle cooperative**	**TOTALE ORE SERVIZIO PREVISTE**
SOCIOLOGO	**€**	
ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO CONTABILE	**€**	
COLLABORATORI AMMINISTRATIVI	**€**	

Ribasso percentuale offerto sull'importo soggetto a ribasso posto a base di gara	**% _____**

Dichiara inoltre: (barrare la casella che interessa)
|_| di operare in regime di esenzione IVA
|_| di non operare in regime di esenzione di IVA (indicare percentuale IVA) _____

Luogo e data _____

_____
Timbro e firma leggibile

N.B. Alla presente dichiarazione deve essere **allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario**.
N.B **Ogni pagina** del presente modulo dovrà essere corredato di **timbro della società e sigla del legale rappresentante/procuratore**
Qualora la documentazione venga sottoscritta dal " procuratore/i" della società, dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.