



# COMUNE DI REALMONTE

PROVINCIA DI AGRIGENTO

## SETTORE I

AFFARI GENERALI E RELAZIONI CON IL CITTADINO E ARO

SERVIZIO N. 6

Servizi Socio-Assistenziali

**AVVISO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER LA FORNITURA DEL SERVIZIO "TRASPORTO DISABILI AMMESSI A TERAPIA RIABILITATIVA" FREQUENTANTI IL CENTRO AIAS E L'ISTITUTO CASA DELLA SPERANZA IN AGRIGENTO.**

Premesso che:

- L'appalto riguarda la fornitura del Servizio "Trasporto disabili ammessi a terapia riabilitativa" frequentanti il Centro AIAS e l'Istituto Casa della Speranza in Agrigento.
- Si intende procedere all'affidamento del Servizio mediante procedura negoziata (Cottimo Fiduciario), previa individuazione dei soggetti da invitare mediante l'avviso esplorativo di che trattasi, per la fornitura del "Trasporto disabili ammessi a terapia riabilitativa" frequentanti il Centro AIAS e l'Istituto Casa della Speranza di Agrigento.

### SI RENDE NOTO

che il Comune di Realmonte intende acquisire manifestazioni di interesse, finalizzate al successivo affidamento a soggetti qualificati, inerenti alla fornitura del Servizio "Trasporto disabili ammessi a terapia riabilitativa".

#### Art. 1 – Oggetto del Servizio

Il Servizio da affidare ha come oggetto "Trasporto disabili ammessi a terapia riabilitativa", costituisce la gestione del servizio di seguito denominato "Servizio trasporto disabili", da svolgersi nei luoghi, nei tempi e secondo le modalità indicate negli articoli successivi. Il Servizio consente alle persone disabili, residenti a Realmonte non in grado di utilizzare i mezzi di trasporto pubblici e privati, di raggiungere i centri di riabilitazione pubblici e/o convenzionati con l'ASP di Agrigento, consentendo ai destinatari l'autonomia in termini di mobilità riducendo, di conseguenza, l'esclusione sociale degli stessi, garantendo loro il diritto alle cure riabilitative.

#### Art. 2 - Destinatari

I destinatari del servizio sono i soggetti disabili gravi di cui all'art. 3 della legge 05/02/92 n. 104 e ss.mm.ii. (persona che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione) residenti a Realmonte ammessi all'assistenza sanitaria riabilitativa, per una o più volte la settimana in orari antimeridiani e/o pomeridiani, presso i centri convenzionati con l'A.S.P di Realmonte, nonché presso le strutture

della stessa Azienda. 1 - UTENZA MEDIA GIORNALIERA N. 3 (estendibile in casi di necessità a stessi patti e condizioni).

### Art. 3 – Sede e modalità di svolgimento del servizio

Il servizio dovrà offrire ai destinatari la possibilità di spostarsi favorendo il collegamento: abitazione – centro di riabilitazione di Agrigento – abitazione. Il servizio dovrà essere effettuato per n. 6 giorni alla settimana (dal lunedì al sabato), con esclusione del sabato pomeriggio, della domenica e dei giorni festivi, secondo il programma terapeutico di ciascun Centro. L'affidatario dovrà garantire la massima flessibilità dell'orario di servizio, in funzione del piano terapeutico di ciascun destinatario. L'affidatario dovrà garantire il possesso a qualsiasi titolo di un autoveicolo omologato per il trasporto dei disabili secondo le disposizioni normative vigenti, allestito con pedane elettroidrauliche per il trasporto dei disabili sia in carrozzina sia con problemi motori. I mezzi di trasporto dovranno essere dotati di sedili ergonomici con cinture di sicurezza, pavimentazione antiscivolo, predellino laterale e maniglia di salita, allestimenti interni confortevoli e di sistema di condizionamento.

Il Tutto comunque secondo l'allegato Capitolato approvato con Delibera di G.C. n. 75 del 22/05/2019.

### Durata

Il servizio viene affidato per la durata di mesi 6 (sei) da luglio a dicembre 2019. L'affidatario è tenuto, in ogni caso, ad assicurare il servizio, senza alcuna indennità di sorta, alle medesime condizioni, modalità e prezzi fissati nel contratto, per il tempo che si dovesse rendere strettamente necessario al nuovo affidamento del servizio. È escluso ogni tacito rinnovo.

### Importo dell'appalto

Il corrispettivo per il Servizio trasporto disabili, inclusi i costi per la sicurezza, viene fissato in €. 14,00 Iva inclusa se dovuta, per ciascuna corsa andata e ritorno, dall'abitazione dell'utente, al centro di riabilitazione e viceversa. Esso comprende i costi del personale, nel rispetto del C.C.N.L. di riferimento del soggetto concorrente, i costi di gestione ed i costi per la sicurezza. Con l'importo di cui al precedente comma, l'affidatario si intende compensato di qualsiasi suo avere a pretendere dall'Amministrazione Comunale per i servizi di cui trattasi, senza alcun diritto a nuovi e maggiori compensi. Il pagamento del corrispettivo sarà effettuato con riferimento al servizio effettivamente svolto, in rate mensili posticipate, su presentazione di regolare fattura, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della stessa.

### IMPORTO E DURATA DELL'INCARICO.

Il compenso relativo all'esecuzione delle prestazioni, per un anno solare, oggetto dell'incarico per il trasporto di **un soggetto** è pari a €. 2.100,00 (Euro duemilacento/00), I.V.A. inclusa se dovuta, come di seguito illustrato:

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| – Importo dell'Appalto:                      | €. 2.100,00 x 3 = €. 6.300,00 |
| – Importo soggetto a ribasso incluso di IVA: | €. 2.100,00                   |

Tempo di svotgimento del servizio: sei mesi, decorrenti dalla data di consegna.

#### **SOGGETTI AMMESSI ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE.**

Possono partecipare alla manifestazione d'interesse gli operatori economici:

**Che abbiano la caratteristiche di cui al Capitolato approvato con Delibera di G.C. n. 75 del 22/05/2019;**

#### **PROCEDURA DI AFFIDAMENTO.**

E' prevista la procedura negoziata, senza previa pubblicazione di un bando, da esperirsi ai sensi dell'art. 57, comma 6, del D.Lgs. n. 163/2006 e ss.mm.ii.

In esito alla ricezione delle manifestazioni di interesse, la stazione appaltante provvederà alla selezione degli operatori economici in possesso dei requisiti richiesti, in numero non inferiore a cinque, da invitare alla procedura negoziata con apposita lettera di invito, da approvare successivamente.

#### **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE.**

I soggetti interessati, in possesso dei requisiti necessari, dovranno far pervenire la propria domanda in un plico sigillato e controfirmato sui lembi di chiusura dal titolare e/o legale rappresentante, a mezzo del servizio postale con raccomandata A/R ovvero tramite agenzie di recapito autorizzate nel rispetto della normativa in materia oppure consegnata direttamente all'Ufficio Protocollo del **Comune di Realmonte (AG)**, sito nella **Via Roma n. 17**, entro e non oltre il termine perentorio delle **ore 11:00 del giorno 14/06/2019**.

Il plico dovrà riportare, oltre le generalità del mittente, la seguente dicitura:

**"AVVISO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER LA FORNITURA DEL SERVIZIO "TRASPORTO DISABILI AMMESSI A TERAPIA RIABILITATIVA" FREQUENTANTI IL CENTRO AIAS E L'ISTITUTO CASA DELLA SPERANZA IN AGRIGENTO".**

La richiesta di partecipazione dovrà essere corredata dalla documentazione di seguito indicata:

- a. **domanda di partecipazione**, redatta in lingua italiana e relativa **dichiarazione** (vedi **"Allegato A"**), sottoscritta dal titolare e/o legale rappresentante dell'impresa, allegando (a pena di esclusione) copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità. La domanda dovrà riportare l'indirizzo di spedizione, il codice fiscale del titolare e/o legale rappresentante, la partita I.V.A., il numero di telefono e del fax nonché l'indirizzo di posta elettronica e/o di PEC;

**OFFERTA****OGGETTO: COTTIMO FIDUCIARIO.**

*Affidamento, mediante Procedura Negoziata (Cottimo Fiduciario), previa manifestazione d'interesse, del servizio di Trasporto portatori di handicap.*

**CIG:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ della Ditta \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ ( ),

nella \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Partita I.V.A.

\_\_\_\_\_ , telefono \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

con riferimento al Cottimo Fiduciario per l'affidamento del servizio in oggetto indicato,

**OFFRE**

un ribasso percentuale, sull'importo a base d'asta del servizio (€ 2.100,00 incluso IVA se dovuta, per ogni singolo disabile per la durata di sei mesi), pari al

\_\_\_\_\_ %

*(massimo 4 cifre decimali - Le cifre oltre la quarta non verranno prese in considerazione)*

diconsi \_\_\_\_\_

virgola \_\_\_\_\_

per cento.

\_\_\_\_\_ *Luogo e data*

**TIMBRO e FIRMA (per esteso e leggibile)**  
**DEL TITOLARE o suo Delegato**

Si allega: fotocopia di un documento d'identità del firmatario dell'offerta, in corso di validità.