

Spett. Distretto Socio Sanitario AOD2
C/o Comune di Santa Elisabetta
Piazza Giovanni XXIII
92020 Santa Elisabetta

Oggetto: Richiesta per l'accreditamento all' Albo comunale dei soggetti erogatori di prestazioni assistenziali per il servizio di assistenza all'autonomia e comunicazione e per il servizio di assistenza igienico - personale agli alunni portatori di handicap delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado dei comuni facenti parte del Distretto SS AOD2 mediante buono/voucher- Anno scolastico 2020/2021 e seguenti.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a _____

Via/Corso/Piazza _____ n. _____ Cap. _____ domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) a _____ Via/Corso/Piazza _____

n. _____ in qualità di legale rappresentante della cooperativa/associazione _____

con sede legale/operativa presso il comune di _____ in Via _____

n. _____

CHIEDE

L'accreditamento all'Albo del Distretto Socio Sanitario AOD2 dell'ente/ditta _____ (denominazione o ragione sociale dell'impresa) per il servizio di assistenza all' autonomia e comunicazione ed assistenza igienico-personale agli alunni residenti portatori di handicap delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado nei comuni del Distretto AOD2 nella sezione Assistenza scolastica integrativa alunni portatori di handicap come _____ (specificare se ditta individuale / R.T.I. / consorzio / altro).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 a cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato decreto e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. di essere regolarmente iscritto nel Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di _____ con oggetto di attività _____ ovvero di essere regolarmente iscritto in registro analogo _____ (specificare) tenuto presso _____ di _____ con oggetto di attività _____

2. che i dati dell'iscrizione sono i seguenti:

a. N. iscrizione

b. Data di iscrizione

- c. Indirizzo
- d. Codice fiscale
- e. Partita IVA
- f. Forma giuridica
- g. Codice attività

h. Legali rappresentanti e/o soggetti muniti di potere di rappresentanza (*indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza*)

3. L'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art.80 (requisiti generali) del D.Lgs.n.50/2016 (indicazione analitica)

4. Di applicare integralmente il CCNL di settore rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro;

5. Di rispettare gli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei propri lavoratori e di essere regolarmente iscritta a: - INPS matricola azienda posizione numero presso la sede di..... via e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta contribuzione INPS; INAIL matricola azienda..... posizione numero presso la sede di via..... e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta contribuzione INAIL, Dimensione aziendale (barrare ai soli fini del DURC) - da 0 a 5 - da 6 a 15 - da 16 a 50 - da 51 a 100 – oltre;

6. (Solo per le cooperative sociali di tipo A) Di attestare di essere in possesso del certificato di revisione ai sensi della circolare n. 4/2003;

7. Di essere iscritto all'Albo regionale dei servizi socio-assistenziali ai sensi dell'art. 26 L.R. n.22/86 nella Sezione Tipologia con decreto n..... del..... ;

8. Di essere iscritto al registro generale della Regione Sicilia delle associazioni di solidarietà familiare ai sensi dell' art. 16 della L.R. n.10/2003 ;

9. Di avere nel proprio statuto le finalità corrispondenti alla Sezione/Servizio per il quale si chiede l' accreditamento;

10. Di aver adottato apposita Carta dei Servizi contenente l'indicazione della tipologia delle prestazioni da erogare, le modalità di collaborazione con la committenza per l'elaborazione e attivazione dei progetti e/prestazioni con gli Enti accreditanti, la modalità di erogazione del servizio e le condizioni per facilitare la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti; *in alternativa di impegnarsi a realizzarla nel termine di un mese e non oltre la data dell'accreditamento (pena la decadenza dell'accreditamento stesso);*

11 . Di possedere nel Distretto Socio Sanitario AOD2 la sede legale e/o la sede operativa dotata di telefono, fax e collegamento di posta elettronica ed in regola con le normative vigenti in materia di sicurezza di cui al D. Lgs. n. 626/94 e s.m.i. e di garantire nella stessa sede la presenza di figure professionali preposte al presidio e al coordinamento organizzativo delle attività;

12. Di avere raggiunto almeno sei mesi di esperienza nella Sezione/Servizio per cui si chiede l'accreditamento per conto di enti pubblici e/o privati nell'ultimo triennio antecedente alla data di scadenza dell'Avviso di accreditamento (*in caso di raggruppamento temporaneo di impresa o di Consorzio l'esperienza potrà essere dimostrata cumulando i servizi svolti dai singoli soggetti facenti parte del raggruppamento o del consorzio*) di cui si allega certificazione;

13. Di essere in possesso del bilancio o dell'estratto del bilancio d'impresa che si allega; (*nel caso in cui non si è tenuti alla presentazione del bilancio specificarne le motivazioni*);

14. Di allegare relazione/progetto (Carta del servizio assistenza all'autonomia e comunicazione/assistenza igienico - personale) contenente criteri organizzativi comprensivi delle modalità adottate per il *turn-over*, di modalità di erogazione del servizio, dei tempi dell'intervento, dei criteri di monitoraggio e valutazione delle attività e di eventuali servizi migliorativi oltre a quelli previsti nel documento esplicativo allegato;
15. Di avere la disponibilità di impiego di figure professionali, con adeguato inquadramento contrattuale, in possesso dei titoli richiesti come indicato nelle specifiche tecniche dei servizi di cui al documento esplicativo allegato;
16. Di individuare come figura di coordinamento/riferimento per il servizio per cui si chiede l'accreditamento la seguente figura professionale dotata del titolo di laurea in scienza del servizio sociale o equipollente _____
17. Di avere realizzato (*o in alternativa di impegnarsi a realizzare*) interventi di aggiornamento e/o formazione per i propri dipendenti o associati e/o supervisione sul personale impiegato per n ore all'anno (minimo 8 ore);
18. Di impegnarsi a stipulare polizza assicurativa RC per operatori e utenti;
19. Di accettare tutte le disposizioni contenute nello schema di Patto di accreditamento, di cui si allega copia firmata per presa visione;
20. Di rispettare il codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni);
21. Di accettare senza condizione o riserva alcuna tutte le disposizioni contenute nell'Avviso, nel documento esplicativo, nello schema di Patto.

Note aggiuntive facoltative del dichiarante: _____

Luogo e data

Il Legale Rappresentante

firma leggibile e timbro

Allegare copia del documento d'identità, in corso di validità, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Alla presente istanza si allega la seguente documentazione:

Certificazioni servizi espletati;

Copia bilanci;

Relazione di organizzazione/gestione/interventi (Carta del servizio Assistenza scolastica integrativa alunni H);

Carta dei servizi;

Copia dello schema del Patto di accreditamento firmato per accettazione

Copia del documento esplicativo firmato per accettazione.