All’Ufficio di piano

 **Ambito di Dalmine**

**Oggetto**: Domanda di accreditamento di soggetti erogatori di interventi a favore delle persone con grave disabilità e/o non autosufficienza finanziati con voucher sociale Misura B2 –FNA

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| nato/a |  | il |  |
| residente a |  |
| in via |  | n. |  |
| codice fiscale |  |

in qualità di legale rappresentante dell’ente / soggetto[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| denominazione |  |
| con sede legale a |  |
| in via |  | n. |  |
| telefono | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | cell. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| e-mail |  |
| PEC |  |
| C.F. |  |
| P.IVA |  |

CHIEDE

l’accreditamento e la conseguente iscrizione nell’Albo dei soggetti accreditati dell’Ambito Territoriale di Dalmine per l’erogazione di Voucher Sociali Misura B2 – FNA

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | Per la Sezione 1. Soggetti erogatori voucher sociale adulti/anziani |
| 🞎 | Per la Sezione 2. Soggetti erogatori voucher sociale minori |
| 🞎 | Per entrambe le sezioni |

avvalendosi della facoltà concessa dall’art. 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

* in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate le pene stabilite dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
* in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal beneficio eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);

DICHIARA

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | 1. di possedere i requisiti richiesti nel presente Bando di accreditamento |
|  | 🞎 | Insussistenza di una delle cause di esclusione previste dagli artt. 80 (con particolare riferimento al comma 5, lettera d) relativo alle situazioni di conflitto di interesse) e 83 del decreto legislativo n. 50/2016 e s.m.i. e dall’art. 85 del decreto legislativo n. 159/2011 e s.m.i., analogicamente applicati alla presente procedura, per le finalità espresse, ed in quanto compatibili |
|  | 🞎 | Assenza negli ultimi 24 mesi precedenti la domanda di accreditamento di interruzioni di servizi socioassistenziali o socioeducativi in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili |
|  | 🞎 | Assenza, da parte del rappresentante legale del Soggetto Erogatore, di condanne penali per fatti imputabili all’esercizio di unità d’offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale |
|  | 🞎 | Assenza, da parte del rappresentante legale del Soggetto Erogatore, della applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un’arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese |
|  | 🞎 | Assenza, da parte del legale rappresentante del Soggetto Erogatore, di procedimenti per l’applicazione di una misura di prevenzione o di sicurezza e non avere in corso procedimenti per l’irrogazione delle stesse |
|  | 🞎 | Applicazione nei confronti dei propri dipendenti addetti alle prestazioni oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci lavoratori, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul territorio nazionale |
|  | 🞎 | Essere in regola con gli obblighi in materia di diritto al lavoro dei disabili, di cui alla legge n.68/1999 |
|  | 🞎 | Essere in regola con gli adempimenti e le norme previste dal D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell’art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro |
|  | 🞎 | Se impresa, iscrizione nel registro della C.C.I.A.A. per attività/oggetto sociale inerente al servizio da eseguire n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; se cooperativa: iscrizione all'Albo Nazionale delle Società Cooperative, istituito con D.M. 23.06.2004, presso il Ministero per lo sviluppo economico n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; inoltre, se cooperativa sociale: iscrizione nell'apposita sezione del Registro unico del Terzo Settore n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 🞎 | Iscritta all’Albo al R.U.N.T.S. (art. 45 e seg. D.Lgs.117/2017) o, in attesa della sua attuazione, negli appositi albi o registri prescritti da disposizioni di legge nazionale o regionale (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  | 🞎 | Essere in regola con la disciplina antiriciclaggio di cui al D.Lgs 21 novembre 2007, n. 231 |
|  | 🞎 | Essere in regola con gli obblighi contributivi risultanti dal DURC |
|  | 🞎 | Che lo scopo sociale (mission aziendale), desumibile dal documento costitutivo, è in linea con la specificità del settore, ovvero comprendente le attività socioeducative, di assistenza e cura alle persone in condizione di fragilità, non autosufficienza o con disabilità |
|  | 🞎 | che la struttura aziendale è idonea sotto il profilo organizzativo, finanziario e tecnologico all’effettuazione dei servizi e delle prestazioni richieste, desumibile dall’organigramma; |
|  | 🞎 | di possedere al proprio interno personale qualificato, coerentemente con gli interventi oggetto della presente procedura di accreditamento |
|  | 🞎 | di avere predisposto un Piano annuale formativo per la formazione e l’aggiornamento professionale del coordinatore e del personale ausiliario impiegato per l’erogazione delle prestazioni finanziate con il voucher sociale |
|  | 🞎 | Accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell’avviso pubblico di accreditamento e la perfetta conoscenza delle norme generali e particolari che regolano la procedura oltre che di tutti gli obblighi derivanti dalle prescrizioni dell’avviso pubblico di accreditamento, di tutte le condizioni locali, nonché delle circostanze generali |
| 🞎 |  | 2. di aver conseguito esperienza almeno triennale negli ultimi cinque anni decorrenti dalla data di pubblicazione dell’Avviso avendo gestito i seguenti servizi: |
|  |  | per la SEZIONE 1: servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale e/o educativa, di Servizi di Formazione all’autonomiaper la SEZIONE 1: servizi di assistenza educativa scolastica, di assistenza domiciliare educativa per minori ovvero di servizi specifici a favore di minori con disabilità |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Periodo di svolgimento* *(indicare data di inizio e di fine attività)* | *Descrizione del servizio* | *Committenza* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DICHIARA ALTRESÌ

di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e dell’articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, circa le finalità, gli ambiti e le modalità di trattamento, e su ogni altra indicazione prevista in merito al trattamento dei dati personali e ai propri diritti in merito.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e Data |  |
| Il Legale Rappresentante |  |

*Documento da firmare digitalmente*

Allegati:

* Schema illustrativo dei servizi offerti e carta dei servizi
* Organigramma del soggetto erogatore ed elenco del personale meso a disposizione per il servizio oggetto dell’Avviso
* Protocollo Operativo di esecuzione del servizio
* Ulteriore documenti informativi idonei a dimostrare l’erogazione dei servizi
1. la denominazione inserita deve corrispondere a quella indicata nella Visura Camerale [↑](#footnote-ref-1)