

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI ASSISTENZIALI IN FAVORE DI SOGGETTI FRAGILI: ANZIANI

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'accREDITAMENTO al Registro del DSS 39 per la sezione ANZIANI della  
coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ per  
l'erogazione dei servizi di:

assistenza domiciliare

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016
- b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011
- c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.
- d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex art.26 L.R. 22/86 per la sezione ANZIANI tipologia \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro dei disabili di cui all’art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresì

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:
  1. OSS: \_\_\_\_\_
  2. OSA: \_\_\_\_\_
  3. assistente sociale: \_\_\_\_\_
  4. assistente familiare: \_\_\_\_\_
  5. altre figure professionali: \_\_\_\_\_
- di accettare le condizioni previste nel “Patto di accreditamento”

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d’identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**- Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

- ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003
  - (Codice in materia di protezione dei dati personali)

-

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell’avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_