

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

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 INABILI della coop/assoc/ente _____

_____ per l'erogazione dei servizi di:

assistenza domiciliare

assistenza specialistica in ambiente scolastico (autonomia e comunicazione)

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 INABILI 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. altre figure professionali (Ass. Specialistica scolastica) _____
- 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
