

Allegato 1

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI ED EDUCATIVI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' E/O IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ C.A.P. _____

Via/le/P.zza _____ N° _____

Telefono _____ Mail _____ PEC _____

In qualità di Rappresentante legale dell'Ente/Associazione/Cooperativa/Azienda:

Nome/Ragione sociale _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Sede legale a _____ C.A.P. _____

Via/le/P.zza _____ N° _____

Oggetto sociale _____

Telefono _____ Mail _____ Sito web _____

CHIEDE

l'accreditamento e la conseguente iscrizione nell'Albo dei soggetti accreditati dell'Ambito Territoriale di Sesto San Giovanni per l'erogazione di interventi socio assistenziali ed educativi a favore di persone con disabilità e/o in condizione di non autosufficienza

☐	Per la Sezione 1. Soggetti erogatori voucher sociale per INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
☐	Per la Sezione 2. "Interventi educativi a favore di persone adulte con disabilità o non autosufficienti".
☐	Per la Sezione 3. Soggetti erogatori voucher sociale per INTERVENTI EDUCATIVI A FAVORE DI MINORI CON DISABILITA'

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, delle responsabilità penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci nonché, delle conseguenze amministrative di esclusione dalle gare di cui al D. Lgs. n. 36/2023 e alla normativa vigente in materia, per il Soggetto di cui è il Legale rappresentante e per il quale richiede l'accreditamento,

DICHIARA

☐ di partecipare in forma singola:

☐ di partecipare in collaborazione con altri enti/organizzazioni, in qualità di capofila

In caso di collaborazione tra differenti soggetti indicare i partner coinvolti nell'esecuzione del servizio specificandone il ruolo:

Denominazione soggetto	Sede legale P.IVA e/o C.F	Ruolo svolto nella partnership (es: area di intervento, tipologia di prestazione ecc.)	Partecipazione %

DICHIARA INOLTRE

☐ di accettare tutti i contenuti dell'avviso e la regolamentazione in esso contenuta;

☐ l'insussistenza di una delle cause di esclusione previste dagli artt. 94 (con particolare riferimento ai commi 1 e 2) e 95 e 98 del Decreto Legislativo n. 36/2023 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;

☐ l'assenza negli ultimi 24 mesi precedenti la domanda di accreditamento di interruzioni di servizi socio-assistenziali o socio-educativi in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili;

☐ l'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;

☐ l'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;

☐ se impresa, iscrizione nel registro della C.C.I.A.A. per attività/oggetto sociale inerente al servizio da eseguire; se cooperativa: iscrizione all'Albo Nazionale delle Società Cooperative, istituito con D.M. 23.06.2004, presso il Ministero per lo sviluppo economico;

☐ se cooperativa sociale, iscrizione nell'apposita sezione del Registro unico del Terzo Settore;

☐ di essere in regola con la disciplina antiriciclaggio di cui al D.Lgs 21 novembre 2007, n. 231;

☐ di essere in regola con gli obblighi contributivi risultanti dal DURC;

☐ di essere in possesso di idonea copertura assicurativa R.C.T. a garanzia di sinistri che possano derivare ad utenti o terzi durante l'espletamento del servizio;

☐ di avere scopo sociale (mission aziendale), desumibile dal documento costitutivo, in linea con la specificità del settore, ovvero comprendente le attività socio educative, di assistenza e cura alle persone in condizione di fragilità, non autosufficienza o con disabilità;

☐ di avere la Struttura aziendale idonea sotto il profilo organizzativo, finanziario e tecnologico all'effettuazione dei servizi e delle prestazioni richieste (desumibile dall'organigramma e dal bilancio) e di possedere al proprio interno personale qualificato, coerentemente con gli interventi oggetto della presente procedura di accreditamento;

☐ di avere 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;

☐ di aver maturato almeno 3 anni di esperienza, di cui almeno 12 mesi continuativi, nel settore di attività oggetto dell'accREDITAMENTO;

<i>Periodo di svolgimento</i> <i>(indicare data di inizio e di fine attività)</i>	<i>Descrizione del servizio</i>	<i>Committenza</i>

☐ di individuare un coordinatore con almeno due anni di anzianità nel ruolo;

☐ di utilizzare protocolli operativi al fine di garantire standard di qualità elevati ed omogenei relativamente alle prestazioni di tipo 1);

☐ di utilizzare protocolli progettuali riferiti alle attività di tipo 2) e 3) che rappresentino il processo di presa in carico articolato nelle differenti fasi: valutazione - individuazione degli obiettivi - programmazione e pianificazione delle attività - monitoraggio - modalità di coinvolgimento della rete e dei soggetti coinvolti nella presa in carico;

☐ di utilizzare strumenti di rilevazione, descrizione e rendicontazione delle attività svolte (esempio il "Diario degli interventi"...);

☐ di possedere un sistema di rilevazione della qualità del servizio (Customer Satisfaction);

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

ALLEGA la seguente documentazione:

- Copia dello statuto e/o atto costitutivo, con evidenziato lo scopo sociale;
- documento da quale si evincano - nel caso in cui le prestazioni vengano erogate da più soggetti in collaborazione - le modalità di collaborazione, i ruoli e le responsabilità relativamente all'esecuzione del servizio e la nomina del soggetto capofila;

- copia del Piano della formazione;
- curriculum vitae del coordinatore dal quale si evinca l'anzianità di servizio;
- copia dei protocolli operativi riferiti alle prestazioni di tipo 1);
- copia dei protocolli progettuali riferiti alle attività di tipo 2) e 3);
- copia della polizza assicurativa;
- copia degli strumenti di rilevazione, rendicontazione e descrizione delle attività;
- strumenti utilizzati per la rilevazioni della customer satisfaction.

I dati personali saranno trattati ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, che ha recepito le disposizioni di cui al Reg. UE 2016/679.

Data ____ / ____ / ____

Firma
