

Allegato 1
Domanda di accreditamento

Spett.le
AMBITO TERRITORIALE DI AZZATE
Via Conti Benizzi Castellani n. 1
21022 AZZATE _ VA
comunediazzate@postemailcertificata.it

**DOMANDA PER LA PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO E ISCRIZIONE
ALL'ELENCO DI SOGGETTI EROGATORI DI INTERVENTI INTEGRATIVI
SOCIALI DI CUI ALLA DGR N. 2033/2024 _ 2166/2024**

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a (.....)

residente a via

codice fiscale

in qualità di legale rappresentante dell'Ente

Con sede legale in Via

Codice fiscale P. IVA

Tel. Email

CHIEDE

l'accREDITamento e l'iscrizione all'elenco dei soggetti erogatori di interventi integrativi sociali di cui alla DGR N. 2033/2024 _ 2166/2024

- per la **Sezione 1**. Soggetti erogatori di ricoveri temporanei in strutture residenziali;
- per la **Sezione 2**. Soggetti erogatori di prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo progettualità, finalizzata al sollievo;

- per la **Sezione 3**. Soggetti erogatori di percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare

A tale fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1. Che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di per la seguente attività ed attesta i seguenti dati:
 - Numero di iscrizione
 - Data di iscrizione
 - Durata della ditta/data termine
 - Forma giuridica
 - Titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari (indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza)

2. (per le Cooperative) di essere regolarmente iscritta al Registro delle Imprese – sezione ordinaria – della Camera di Commercio di (precisare estremi di iscrizione) e (solo per le Cooperative Sociali) di essere regolarmente iscritta al relativo Albo Regionale (precisare estremi di iscrizione)
(per gli ETS) di essere regolarmente iscritta al RUNTS – Registro Unico nazionale del Terzo Settore

3. (per Capo Gruppo di ATI / RTI / ATS / Consorzio) di essere costituito da.....; oppure – Mandante di ATI / RTI / ATS / Consorzio costituito da

4. Che lo scopo sociale dell'ente erogatore afferisca ad una delle seguenti attività:
 - attività assistenziali destinate a persone con grave o gravissima disabilità e/o non autosufficienza
 - attività socio-educative destinate a persone con grave o gravissima disabilità e/o non autosufficienza
 - attività socio assistenziali e/o socio sanitarie destinate a persone con grave o gravissima disabilità e/o non autosufficienza
 - altro _____

5. Di avere una sede operativa nel territorio della Regione Lombardia presso il Comune di (.....) Via
6. Che i soggetti che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione, o di direzione dell'Impresa/Società Fondazioni e consorzi fra società cooperative dotate di autonomia finanziaria e funzionale, nonché i soggetti che esercitano, anche di fatto, la gestione ed il controllo della stessa, sono:
- * _____
 (* indicare nome, cognome, data di nascita, qualifica)
- * _____
 (* indicare nome, cognome, data di nascita, qualifica)
7. Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di esclusione di cui dagli artt. 94, 95, 96, 97 e 98 del decreto legislativo n. 36/2023 e ss.mm.ii.;
8. Di non aver subito condanne per i reati di cui agli artt. 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
9. Di aver svolto, con riferimento all'ultimo biennio, la gestione di almeno n.1 servizio di cui agli interventi integrativi sociali previsti dall'avviso.
10. Di avere un fatturato, relativo esclusivamente a servizi di tipo sociale e/o socio-educativo, pari a € _____ per l'esercizio finanziario 2022 di cui il _____ % dedicato ad attività destinate a persone con grave o gravissima disabilità e/o non autosufficienza
 € _____ per l'esercizio finanziario 2023 di cui il _____ % dedicato ad attività destinate a persone con grave o gravissima disabilità e/o non autosufficienza
11. Di non aver subito, nei 24 mesi precedenti la domanda di accreditamento, interruzione di servizi socio educativi e socio assistenziali in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili;
12. Di non aver risolto contratti, stipulati negli ultimi 5 anni, per la gestione della medesima tipologia di servizi per fatti imputabili a colpa dell'operatore gestore, accertata giudizialmente;

13. Di applicare 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;
14. Di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/99;
15. Di essere in regola con le disposizioni attinenti alla prevenzione degli infortuni previste dal D.lgs. 81/2008 e di tutte le disposizioni attinenti alla prevenzione degli infortuni;
16. Di garantire il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs n. 51/2018 e n. 196/2003) e GDPR 679/2016;
17. Di essere in possesso di Carta dei Servizi;
18. Di essere in grado di documentare in ogni momento tutte le dichiarazioni che verranno rese.

IN CASO DI ACCREDITAMENTO SI IMPEGNA A

1. Svolgere il servizio conformemente a quanto previsto dall'Avviso di accreditamento;
2. Stipulare, prima della sottoscrizione del patto di accreditamento, idonea polizza assicurativa RCT/RCO a copertura di danni arrecati a cose e persone con validità non inferiore alla durata contrattuale e con un massimale unico non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro e per persona senza franchigia.

Inoltre, allega alla domanda:

- Piano di Servizio (allegato 2)
- Carta dei Servizi
- Copia Documento identità in corso di validità del Legale Rappresentante

Luogo e data,

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....