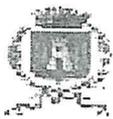


CITTÀ DI PATERNÒ – CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

ALLEGATO C

RICHIESTA PER L'ACCREDITAMENTO ALL'ALBO COMUNALE/DISTRETTUALE DEI SOGGETTI

EROGATORI

DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER IL SERVIZIO ADI/ADA MEDIANTE BUONO/VOUCHER.

Al Sindaco

Al II Settore " Servizi alla Persona "

Comune di Paternò'

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____

il _____ codice fiscale _____ residente a _____

Via/Corso/Piazza _____ domiciliato a (indicare solo se diverso
dall'indirizzo di residenza) Via/Corso/Piazza _____.

In qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Associazione _____

con sede legale/operativa presso il Comune di _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

L'accREDITAMENTO all'Albo del Comune di Paternò e in automatico all'Albo Distrettuale dell'Ente/Ditta

(denominazione o Ragione Sociale dell'Impresa)

Per il servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE** nella Sezione **ANZIANI/DISABILI** come

_____ (specificare se Ditta individuale /R.T.I. / Consorzio / altro)

A tal fine consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 a cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1 – di essere regolarmente iscritto nel Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato di _____ con oggetto di attività _____.

Ovvero:

di essere regolarmente iscritto in registro analogo _____ (specificare)

_____ tenuto presso _____

di _____ con oggetto di attività _____

2 -- che i dati dell'iscrizione sono i seguenti:

- N. iscrizione _____
- Data di iscrizione _____
- Indirizzo _____
- Codice Fiscale _____
- Partita I.V.A. _____
- Forma giuridica _____
- Codice Attività _____

Legali rappresentanti e/o soggetti muniti di potere di rappresentanza

(indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza)

3 -- Di possedere i requisiti di ordine generale, assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;

5 -- Di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili per aver ottemperato al disposto della L. 68/99 e art. 80 del D.lgs 50/2016;

6 -- Di applicare integralmente il CCNL di settore rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro;

7 -- Di rispettare gli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei propri lavoratori e di essere regolarmente iscritta a:

- INPS matricola Azienda _____ posizione numero _____

presso la sede di _____ via _____ e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta contribuzione INPS;

- INAIL matricola Azienda _____ posizione numero _____

presso la sede di _____ via _____ e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta contribuzione INAIL.

Dimensione aziendale (barrare ai soli fini del DURC)

a 0 a 5 6 a 15 da a 50 da 100 oltre

8 -- (Solo per le cooperative sociali di tipo A) di attestare di essere in possesso del certificato di revisione ai sensi della circolare n. 4/2003;

9 -- Di essere iscritto all'Albo Regionale dei servizi socio-assistenziali ai sensi dell'art. 26 L.R. n. 22/86 nella Sezione _____ Tipologia _____ con decreto n. _____ del _____;

10 -- Di avere nel proprio statuto le finalità corrispondenti alla Sezione/Servizio per il quale si chiede l'accreditamento;

11 -- Di avere adottato apposita Carta dei Servizi contenenti l'indicazione della tipologia delle prestazioni da erogare, le modalità di collaborazione con la committenza per l'elaborazione e l'attivazione dei progetti e prestazioni gli Enti accreditanti, la modalità di erogazioni del servizio e le condizioni per facilitare la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti; in alternativa di impegnarsi a realizzarla nei termini di un mese e non oltre la data dell'accreditamento (pena la decadenza dell'accreditamento stesso);

12 - Di possedere nel Comune di _____ la sede legale e/o la sede operativa dotata di telefono, fax e collegamento di posta elettronica ed in regola con le normative vigenti in materia di sicurezza di cui al D.Lgs. 626/94 e s.m.i. e di garantire nella stessa sede la presenza di figure professionali preposte al presidio e al coordinamento delle attività nonché ai compiti di segretariato sociale;

13 - Di avere raggiunto almeno sei mesi di esperienza per ogni anno maturato nella Sezione/Servizio per cui si chiede l'accreditamento per conto di Enti Pubblici e/o privati nell'ultimo quinquennio antecedente alla data di scadenza dell'avviso di accreditamento (in caso di raggruppamento temporaneo di impresa o di Consorzio l'esperienza potrà essere dimostrata cumulando i servizi svolti dai singoli soggetti facenti parte del raggruppamento o del Consorzio) di cui si allega certificazione;

14 - Di essere in possesso del bilancio o dell'estratto del bilancio d'impresa che si allega; (nel caso non si è tenuti alla presentazione del bilancio specificarne le motivazioni)

15 - Di allegare relazione/progetto (Carta del Servizio ADI) contenente i criteri organizzativi comprensivi delle modalità adottate per il turn-over , di modalità di erogazione del servizio, dei tempi dell'intervento, dei criteri di monitoraggio e valutazione delle attività, e di eventuali servizi migliorativi oltre a quelli previsti nel disciplinare (Allegato A);

16 - Di avere la disponibilità di impiego di figure professionali, con adeguato inquadramento contrattuale, in possesso dei titoli richiesti come indicato nelle specifiche tecniche dei servizi di cui al Disciplinare (Allegato A);

17 - Di individuare come figura di coordinamento/riferimento per il servizio per cui si chiede l'accreditamento l'Assistente Sociale _____;

18 - Di avere realizzato (o in alternativa di impegnarsi a realizzare interventi di aggiornamento e/o formazione per i propri dipendenti o associati e/o supervisor sul personale impiegato per n. ore _____ all'anno (minimo 15 ore);

19 - Di impegnarsi a stipulare polizza assicurativa RC per operatori e utenti;

20 - Di accettare tutte le disposizioni contenute nello schema di Patto di Accreditamento, di cui si allega copia firmata per presa visione);

21 - Di rispettare il codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni);

22 - Di accettare senza condizioni o riserva alcuna tutte le disposizioni contenute nello Avviso/Bando, nel Disciplinare , nello schema di Patto e nel Regolamento di Accreditamento.

Note aggiuntive del dichiarante:

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante

Allegare copia del documento d'identità, in corso di validità, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Alla presente istanza si allega la seguente documentazione:

Certificazione servizi espletati;

Copia Bilanci;

Relazione di organizzazione/gestione/interventi (Carta del Servizio ADI/ADA) di cui al punto 15;

Carta dei Servizi di cui al punto 11;

Copia dello schema del Patto di Accreditamento firmato per accettazione (Allegato B).

