

MODELLO A



Al Comune di Sciacca
Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 7
Ufficio Attività Sociali
Pec: protocollo@comunedisciacca.telecompost.it

OGGETTO: ISTANZA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO UNICO DISTRETTUALE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE ACCREDITATI PER L'ESPLETAMENTO DEI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIOASSISTENZIALI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 7 _ FINANZIATI A VALERE SUI FONDI COMUNALI, REGIONALI , NAZIONALI E COMUNITARI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___/___

Residente a _____ in via _____ n. _____

Codice fiscale _____ tel./cell. _____

In qualità di Rappresentante Legale dell'Ente _____

Con sede legale in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ cap. _____

Partita IVA n. _____ tel./cell. _____

e-mail _____

CHIEDE

MODELLO A

Che l'Ente _____, **avendo preso visione dell'avviso pubblico**, sia iscritto nell'elenco/albo Unico degli Enti accreditati con esperienza specifica PER L'ESPLETAMENTO DEI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIOSANITARI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 7 nel rispetto delle diverse progettualità finanziate e attivate dal distretto socio sanitario n. 7 e nello specifico per la/le categoria/e (segnare con una X in corrispondenza dell'area tematica scelta)

N.	AREE TEMATICHE	SERVIZI	CONTRASSEGNARE I CAMPI DI INTERESSE X
1	MINORI	✓ Assistenza Educativa Domiciliare	
		✓ Centri di Aggregazione Giovanile	
		✓ Servizio asilo Nido e Micronido (gestione mista Pubblico/Privata)	
		✓ Centri per bambini e famiglie	
		✓ Spazio gioco per bambini	
		✓ Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	
		✓ Attività coordinate e finalizzate a garantire la realizzazione di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione	
2	DISABILI	✓ Assistenza all'Autonomia e alla Comunicazione (ASACOM)	
		✓ Assistenza Domiciliare Handicap	
		✓ Assistenza Educativa Domiciliare	
		✓ Trasporto Sociale	
		✓ Servizi per la disabilità grave e gravissima	
		✓ Percorsi di autonomia per persone con disabilità in età lavorativa	
		✓ Attività coordinate e finalizzate a garantire la realizzazione di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione per i minori disabili	
3	ANZIANI	✓ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	
		✓ Assistenza Domiciliare non Integrata (ADA/SAD)	
		✓ Percorsi e attività socio ricreative orientate a favorire l'invecchiamento attivo _ Autonomia degli anziani non autosufficienti	

MODELLO A

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni, nonché della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- 1) Denominazione dell'Ente _____
- 2) Forma giuridica dell'Ente _____
- 3) Che i dati anagrafici del Rappresentante Legale e dei Componenti del Consiglio di Amministrazione e/o Consiglio Direttivo sono i seguenti:

Nominativi	Luogo e data di nascita	CODICE FISCALE	Residenza (via – n. civ. – città)	RUOLO

- 4) **Di essere in possesso** dei requisiti di ordine generale di cui all'articolo 94 e ss. e di essere in possesso dei requisiti di ordine speciale: a) l'idoneità professionale, b) la capacità economica e finanziaria, c) le capacità tecniche e professionali (ex art. 100 del D.Lgs n. 36/2023) di cui allega dichiarazione (**Modello B**);
- 5) Di non aver, negli ultimi tre anni, concluso contratti o conferito incarichi in violazione di quanto previsto all'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001 introdotto dalla legge n. 190/2012 (**Modello B**);
- 6) Che l'Ente è iscritto nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____ dal _____;
- 7) Che l'Ente è iscritto **all'Albo regionale di cui all'art. 26 L.R. n. 22/86** per le seguenti sezioni e tipologie:

_____ al Reg.n. _____ del _____

MODELLO A

_____ al Reg. n. _____ del _____

- 8) Che l'Ente è iscritto al **Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (R.U.N.T.S)**:
N. repertorio _____ data _____;
- 9) Che L'Ente applica ai dipendenti il C.C.N.L. di categoria;
- 10) Che l'Ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali INPS e INAIL (DURC) e che lo stesso è in corso di validità e di possedere la correttezza delle disposizioni previdenziali comprovata da idonea autocertificazione e dimostrabile in qualunque momento a richiesta, precisando che i numeri di matricola o iscrizione sono i seguenti:
 - INPS _____
 - INAIL _____
- 11) Che il regime fiscale prescelto è il seguente
_____;
- 12) Di rispettare le norme del codice in materia di protezione dei dati personali (GDPR Regolamento 2016/679);
- 13) Di assumersi tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L.n. 136/2010 e successive modifiche ed integrazioni;
- 14) Che lo scopo sociale dell'Ente, desumibile dallo Statuto e dall'Atto Costitutivo, è coerente con l'attività oggetto dell'accreditamento per la specifica categoria richiesta;
- 15) Che l'Ente è in possesso della carta dei servizi, che allega in copia alla presente;
- 16) Che l'Ente è in possesso di documentata esperienza per periodi, anche cumulabili e non necessariamente continuativi della durata complessiva di almeno n.12 mesi, nell'ultimo triennio, decorrente dalla data di pubblicazione del bando, in servizi analoghi a quelli oggetto della presente procedura ;
- 17) Che l'Ente possiede in organico operatori qualificati, di cui si impegna a trasmettere elenchi completi di CV all'atto della sottoscrizione del Patto di Accreditamento, in possesso dei requisiti professionali idonei allo svolgimento dei servizi per cui ne chiede l'accreditamento;
- 18) Che l'Ente si impegna a fornire interventi quali-quantitativi nel rispetto delle clausole e delle condizioni previste nel patto di accreditamento;
- 19) Che l'Ente si impegna a garantire la copertura assicurativa RC per tutti gli operatori dipendenti e collaboratori per rischi e responsabilità civile e per gli infortuni sul lavoro, con corretto inquadramento

MODELLO A

ai fini previdenziali e assistenziali esonerando l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone o alle cose a seguito dell'attività;

- 20) Di rispettare gli adempimenti e le norme previste dalla legge 81/2008 in ordine alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 21) Che l'Ente si impegna ad attuare quanto contenuto nell'allegata carta dei servizi da cui si evincono i criteri organizzativi comprensivi di modalità adottate per il turn-over, le modalità di erogazione del servizio, i tempi dell'intervento, i criteri di monitoraggio e valutazione delle attività, ed eventuali servizi migliorativi;
- 22) Che l'Ente, altresì, si impegna a garantire l'erogazione del servizio secondo le esigenze, preventivamente, rappresentate dagli interessati e/o dai loro familiari nonché nel rispetto di quanto indicato nel piano di cura stabilito dagli enti preposti;
- 23) Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettarne espressamente e incondizionatamente le condizioni indicate ..

Altresì, CHIEDE

Che ogni comunicazione relativa alla presente istanza sia comunicata al seguente indirizzo: _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

PEC: _____

Sciacca, li _____

Firma

Si allega:

- Copia del documento d'identità del legale rappresentante dell'Ente richiedente l'accreditamento ed iscrizione all'Albo;
- Copia dello Statuto e dell'Atto Costitutivo ;
- Copia Certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A.;
- Iscrizione all'Albo regionale di cui all'art. 26 L.R. n.22/86 nell'area tematica relativa all'accreditamento richiesto;

MODELLO A

- Iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (R.U.N.T.S)
- **(Modello B)** _ Dichiarazione sostitutiva resa , ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, **dal legale rappresentante e da ciascun componente del consiglio di amministrazione/consiglio direttivo** inerente il possesso dei requisiti di ordine generale per la stipula dei contratti pubblici ex artt. 94 , 95 e successivi del D.lgs. 36/2023, le capacità tecniche e professionali ex art. 100 del D.lgs. D.lgs. 36/2023 e, il rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001 introdotto dalla legge n. 190/2012
- **Carta dei Servizi** dell'Ente contenente i criteri organizzativi comprensivi di modalità adottate per i turn-over, le modalità di erogazione dei servizi, i tempi dell'intervento, i criteri di monitoraggio e valutazione delle attività, ed eventuali servizi migliorativi inerenti all'Area Tematica – Obiettivi di Servizio – Aree di intervento per il quale si richiede l'Accreditamento. Dovranno essere descritte la tipologia e le modalità organizzative e gestionali del servizio adottate in favore degli utenti nonché le descrizione degli elementi qualitativi dello stesso, tenendo conto dei tempi di attivazione del servizio dalla data di scelta effettuata dall'utente beneficiario; strumenti di valutazione della qualità del servizio quali possesso di strumenti consolidati di verifica dei risultati, coinvolgimento degli utenti tramite valutazione periodica; mazzi e strumenti che si utilizzeranno nell'erogazione del servizio all'utente; procedure di gestione reclami e di rimozione delle cause del disservizio;
- **(Modello C)** _ Copia dello schema di Patto di Accreditamento per l'erogazione del servizio, sottoscritto per accettazione

Trattamento dei dati personali

Il Comune di Sciacca, in qualità di titolare, informa gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione al presente bando avverrà in esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il trattamento dei dati è effettuato con modalità prevalentemente informatiche e telematiche. I dati saranno trattati dal Distretto Socio Sanitario 7 presso il Comune di Sciacca per le finalità sopra riportate. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno comunicati a terzi, né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione Europea. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla definizione di quanto richiesto dall'utente o quanto previsto dalla procedura e sono successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.. Alcuni dati saranno pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale del Comune di Sciacca per l'adempimento degli obblighi previsti in materia di anticorruzione e trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013 e s.m.i

MODELLO A

Data ____/____/____

Firma _____