

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER LA GESTIONE, NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55, DI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI, A MEZZO DI VOUCHER, PER:

- **ASSISTENZA SPECIALISTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE IN FAVORE DI ALUNNI PORTATORI DI HANDICAP FISICI, PSICHICI O SENSORIALI FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO;**
- **ASSISTENZA IGIENICO-PERSONALE NELLE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO;**
- **ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE/TERRITORIALE MINORI;**
- **ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE/TERRITORIALE MINORI DISABILI;**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI;**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITA' GRAVE (MINORI, ADULTI, ANZIANI);**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITA' GRAVISSIMA (MINORI, ADULTI, ANZIANI);**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITA' INTELLETTIVA DI GRADO LIEVE (MINORI, ADULTI, ANZIANI);**
- **SERVIZIO TRASPORTO DISABILI.**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
 _____ Codice Fiscale _____ residente in _____ nella Via
 _____, in qualità di legale rappresentante della
 _____ con sede legale in
 _____ nella Via _____ n. telefono
 _____ e-mail _____ Codice Fiscale
 _____ Partita IVA _____,

CHIEDE

l'accREDITAMENTO per la gestione di prestazioni socio-assistenziali, a mezzo di voucher, nei Comuni di Alcamo, Castellammare del Golfo e Calatafimi Segesta, facenti parte del Distretto Socio-Sanitario n. 55, per:

- ☐ assistenza specialistica per l'autonomia e la comunicazione in favore di alunni portatori di handicap fisici, psichici o sensoriali frequentanti le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado;
- ☐ assistenza igienico-personale nelle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado;
- ☐ assistenza educativa domiciliare/territoriale minori;
- ☐ assistenza educativa domiciliare/territoriale minori disabili;
- ☐ assistenza domiciliare (osa, oss, assistente familiare) in favore di soggetti anziani;
- ☐ assistenza domiciliare (osa, oss, assistente familiare) in favore di soggetti con disabilità grave (minori, adulti, anziani);
- ☐ assistenza domiciliare (osa, oss, assistente familiare) in favore di soggetti con disabilità gravissima (minori, adulti, anziani);
- ☐ assistenza domiciliare (osa, oss, assistente familiare) in favore di soggetti con disabilità intellettiva di grado lieve (minori, adulti, anziani);
- ☐ servizio trasporto disabili.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, artt. 46-47-48, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi mendace,

DICHIARA

che la _____ con sede legale in _____ nella

Via _____ Cod. Fisc: _____:

- è iscritta all'Albo Regionale di cui all'art. 26 L.R. N. 22/86 al n. _____ del _____ per la sezione **"Anziani"**, tipologia **"Assistenza Domiciliare"**, al n. _____ del _____ per la sezione **"Inabili"**, tipologia **"Assistenza Domiciliare"**, ed al n. _____ del _____ per la sezione e **"Minori"**, tipologia **"Assistenza Domiciliare"**;

- è iscritta / non è iscritta alla CCIAA;

- è in regola con il documento di regolarità contabile (DURC);

- non si trova in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;

- è in possesso di Carta dei servizi con dettagliata modalità operativa di erogazione dei servizi;

- ha capacità economico-finanziaria comprovabile attraverso l'esibizione di idonee dichiarazioni bancarie rilasciate da almeno due istituti bancari o intermediari autorizzati ai sensi del D.Lgs. n. 385/93 o di ogni altra specifica documentazione, come previsto dal D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;

- ha capacità tecnica (D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.) e di seguito si elencano i principali servizi prestati:

• denominazione servizio: _____

• importo: _____ periodo: _____

destinatario: _____;

• denominazione servizio: _____

importo: _____ periodo: _____

destinatario: _____;

• denominazione servizio: _____

importo: _____ periodo: _____

destinatario: _____;

- si impegna a realizzare le attività indicate nel proprio "progetto di qualità";

- si impegna a garantire l'impiego di personale in possesso di idonea qualificazione professionale al servizio da erogare, così come previsto all'art. 12 del Disciplinare;

- si impegna a rispettare, per gli operatori impiegati nel servizio, tutte le norme e gli obblighi relativi all'applicazione dei vigenti CCNL di settore;

- si impegna a sostituire il personale impiegato qualora si rivelasse inadeguato allo svolgimento del servizio;

- si impegna a garantire il rispetto degli adempimenti dettati in materia di prevenzione e protezione dai rischi nei luoghi di lavoro (Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.);

- si impegna a garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Generale Europeo 2016/679.

Allega alla presente istanza:

1) Certificati di iscrizione all'albo regionale (art. 26, legge regionale n. 22/86 "Norme per la gestione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia") per le sezioni **"Anziani"**, **"Inabili"** e **"Minori"** per la tipologia di servizio **"Assistenza Domiciliare"** o copia conforme degli stessi;

2) Carta dei Servizi;

3) Progetto di qualità;

4) Dichiarazioni bancarie rilasciate da due istituti bancari o intermediari autorizzati ai sensi del D.Lgs. n. 385/93 o ogni altra specifica documentazione come previsto dal D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., attestanti la capacità economico/finanziaria dell'ente;

5) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante.

Data _____

Firma
