

Oggetto: ISTANZA DI ACCREDITAMENTO ALL'ALBO DISTRETTUALE DEI SOGGETTI AUTORIZZATI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI PER SERVIZI DOMICILIARI MEDIANTE TITOLI DI SERVIZIO (Voucher) – SEZIONE _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ nella sua qualità di _____ munito dei poteri di rappresentare e impegnare legalmente la _____ iscritta al n. _____ dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 per la tipologia "Assistenza Domiciliare" della sezione:

Anziani Disabili Minori e, con decreto di iscrizione n. _____ del _____

con sede legale a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale e/o P.Iva _____ Tel. _____

Fax _____ email _____ Pec _____

CHIEDE

L'accREDITamento con iscrizione nell'apposito Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali per servizi domiciliari in favore di _____ (Anziani o Disabili o Minori) residenti nel territorio del Distretto Socio Sanitario D4, mediante rilascio di titolo di servizio (Voucher) direttamente all'utente.

A tal fine, allega la seguente documentazione:

1. Dichiarazione sostitutiva sul possesso dei requisiti, **allegato "B"**;
2. Carta dei servizi/Piano descrittivo delle dimensioni organizzative, gestionali e qualitative del servizio, riportante tutto quanto espressamente richiesto dall'avviso pubblico;
3. Copia dello Statuto.
4. Dichiarazione sulla regolarità contabile e contributiva;
5. Proposta di articolazione del servizio che evidenzia gli aspetti migliorativi offerti.
6. Codice Fiscale e partita IVA, se dovuta;
7. Fotocopia del documento d'identità del sottoscritto in corso di validità.

Firma per esteso

All. "B" Dichiarazione sostitutiva

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, allegata all'istanza di accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali per servizi domiciliari mediante Titoli di Servizio (Voucher) –SEZIONE _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente in _____ Cap. _____

Via _____ in qualità di: _____

dell'Istituzione assistenziale _____, iscritta al n. _____ dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 per la tipologia "Assistenza Domiciliare" della sezione:

Anziani Disabili Minori e, con decreto di iscrizione n. _____ del _____

con sede legale a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale e/o P.Iva _____ Tel. _____

Fax _____ email _____ Pec _____

con sede operativa in _____ Via _____

Città _____ cap. _____ Codice Fiscale e/o P.Iva _____

Tel. _____ Fax _____ email _____

Pec _____

In applicazione degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della legge 183/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, in base a quanto indicato nell'avviso pubblico:

DICHIARA

1/a.– Che le proprie generalità, nella qualità di Legale Rappresentante dell'Istituzione Assistenziale sopra denominata sono le seguenti:

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il _____

1/b. – Che le altre persone con potere di Rappresentanza, attualmente in carica sono: (specificare la carica ricoperta)

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____ con scadenza il _____

1/c).di non avere soci e/o dipendenti che fanno parte di altro organismo con le medesime finalità, che hanno presentato istanza di accreditamento e che non si trovino in altra situazione di collegamento di tipo sostanziale ad un unico centro decisionale

2..Che l'Istituzione Assistenziale _____, dal sottoscritto rappresentata nella qualità, :

2/a).è iscritta al Registro delle Imprese di _____ dal _____

n° Iscrizione _____ n. REA _____

per l'attività di (indicare l'attività svolta inerente l'area di intervento e risultante nella C.C.I.A.A.)

2/b) è iscritta e di avere tuttora l'iscrizione, all'Albo Regionale di cui all'art. 26 della legge regionale nr. 22 del 9 maggio 1986, al numero _____, con decreto nr. _____ del _____ nella sezione _____ (Anziani o Disabili o Minori) per la tipologia "Assistenza domiciliare" e che nessuna variazione è intervenuta, e che alcun procedimento monitorio da parte del competente Assessorato Regionale della Famiglia e delle politiche sociali, è in corso;

2/c) non ha in corso modifiche statutarie;

2/d) rispetta gli standards organizzativi per la tipologia di riferimento e di cui al D.A. n. 3174 del 04805/1995;

2/e) osserva tutte le disposizioni di legge in materia per lo svolgimento del servizio di assistenza domiciliare, essendo in possesso di tutte le prescritte autorizzazioni richieste dalla vigente normativa statale e regionale;

2/f) è consapevole che il Distretto Socio Sanitario D4 con l'accREDITamento e l'iscrizione nell'apposito Albo distrettuale non si impegna alla successiva consegna del servizio, non garantendo alcun minimo di fruitori del servizio, essendo rimessa al cittadino la libera scelta dell'ente gestore da cui farsi assistere, tra quelli iscritti nell'Albo distrettuale.

2/g) è consapevole, altresì, che l'iscrizione nel predetto Albo non comporta alcun impegno fra la P.A. ed i singoli operatori impiegati dall'Ente accREDITato per l'espletamento del servizio.

2/h) non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni conseguenti a gare affidate dai Comuni facenti parte del Distretto sociosanitario.

2/i) è in grado di svolgere il servizio ed è disponibile ad iniziarlo immediatamente a seguito di scelta dell'utente e secondo il piano individualizzato consegnato dal Distretto Sociosanitario D4.

2/l) si impegna a consegnare al momento dell'eventuale sottoscrizione del patto di accREDITamento, tutta la documentazione che sarà richiesta.

2/m) si impegna a comunicare con immediatezza qualsiasi variazione riguardante l'autorizzazione regionale, variazione di sede, variazione di standard, ecc.

DICHIARA INOLTRE :

l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80) DLgs 50/2016 e ss.mm.ii., di qualsiasi altra forma di esclusione da pubblici appalti e divieti a contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi della normativa vigente , nei confronti dell'Istituzione assistenziale e di tutte le persone fisiche sopra indicate, **ovvero**, in caso di sussistenza di uno dei motivi di esclusione di cui al predetto art. 80, o di altra forma di

esclusione come sopra riportato, specificare dettagliatamente, allegando una ulteriore dichiarazione di responsabilità;

di applicare i contratti collettivi di lavoro previsti per le categorie di personale impiegato nonché di rispettare le norme assicurative e previdenziali vigenti e tutte le disposizioni in materia di prevenzione e protezione dai rischi nei confronti dei lavoratori o degli operatori incaricati per lo svolgimento del servizio in questione;

di liberare sin d'ora il Distretto sociosanitario D4 da qualsiasi responsabilità derivante da eventuali infortuni sul lavoro e/o ogni altro danno che potrebbe derivare dall'espletamento del servizio;

che il Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato è:

.....
che gli addetti per lo svolgimento del servizio, secondo lo standard stabilito dalla Regione sono:

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

in possesso di esperienza ed opportuna formazione riferita alla tipologia dei soggetti da assistere;

il rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs 626/94), nonché il rispetto di tutti gli adempimenti di legge ed degli obblighi in materia di sicurezza e di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci in caso di cooperative;

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

di essere in possesso di tutti i requisiti previsti nell'**avviso pubblico**.

Che:

AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE SULL'OBBLIGO DI TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI,

1) Dichiaro di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari. A tal fine si impegna:

- a) ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A., dedicati alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari relativi alla gestione del servizio;
- b) a comunicare al Distretto Sociosanitario D4 gli estremi identificativi dei conti correnti di cui al punto precedente, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi, entro sette giorni dalla loro accensione;
- c) di rispettare nel proprio rapporto con il personale impiegato nell'esecuzione del servizio, le disposizioni di legge che impongono il pagamento delle retribuzioni al personale esclusivamente a mezzo bonifico bancario, nonché la normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari.

2) dichiara di essere a conoscenza che il Distretto Socio-sanitario D4 provvederà alla cancellazione dell'accredito e dell'iscrizione nell'Albo distrettuale e risolverà eventuali rapporti intrattenuti, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o delle società Poste Italiane S.p.A.

3) dichiara di essere consapevole che, ai fini di verificare l'applicazione delle norme contrattuali, il Distretto Socio-Sanitario potrà richiedere all'Ente accreditato copia dei contratti di lavoro stipulati; impegnandosi fin d'ora a provvedere ad adempiere alla richiesta entro i termini che verranno dati.

4) di prendere atto che in caso di inesatte dichiarazioni, il Distretto si riserva la facoltà di escludere l'Istituzione assistenziale dall'accredito e che potranno essere eseguiti controlli da parte degli uffici comunali diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato ed in caso di false o mendaci dichiarazioni di decadere dall'accredito e dall'iscrizione all'Albo distrettuale, con informativa alle autorità competenti.

5) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici ai fini dello svolgimento del procedimento e per fini statistici ai sensi del D.Lgs. del 30/06/2002 n. 196 e s.m.i e della vigente normativa e che potranno essere comunicati alle Amministrazioni che esercitano funzioni in materia di appalti pubblici ai sensi del D.Lgs n° 50/2016 e s.m.i. nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data

Firma

.....

ALLEGARE A PENA DI NON AMMISSIBILITA' LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE.