**ALLEGATO 1) – Modello di domanda**

**All’Ufficio Protocollo del**

**Comune capofila Montesarchio**

**Via San Francesco, n. 1**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELL’ELENCO DI SOGGETTI ACCREDITATI**

**GESTORI DI CENTRI SOCIALI POLIFUNZIONALI PER DISABILI**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto, Nome | Cognome |
| C.F. | Nato/a |
| il | residente in |
| Via e numero civico | C.A.P. |
| Legale rappresentante di | |
| Con sede legale in (luogo, Via e numero civico) | |
| 🕿Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **🖨**Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **📪**PEC (*obbligatoria*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| P. IVA e C.F. | |
|  | |

CHIEDE

l’inserimento nell’Elenco di soggetti accreditati gestori di Centri Sociali Polifunzionali per disabili.

A tal fine, il sottoscritto, **ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, informato che le dichiarazioni false, l’indicazione di dati non corrispondenti al vero e l’uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità**,

**DICHIARA**

1. di gestire il Centro Sociale Polifunzionale per Disabili denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - giusta provvedimento di accreditamento numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dall’Ambito Territoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_- Comune capofila \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per una ricettività di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ utenti.

**o, in via alternativa,** di aver presentato domanda di accreditamento in conformità alle prescrizioni di cui al Regolamento regionale n. 4/2014, già depositata alla data di presentazione della istanza di ammissione all’Elenco *de quo*.

1. che l’Ente è iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di ………………………………………………………………….. dal ………………………... con n. …………………………………;
2. di non avere carichi pendenti e di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII e XIII del codice penale (o se soggetto, che per gli stessi è intervenuta la riabilitazione);
3. che nei suoi confronti non è pendente alcun procedimento per l’applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. 159/2011 o di una delle cause ostative previste dall’articolo 67 del D.Lgs. 159/2011;
4. di essere in posizione di regolarità contributiva;
5. di disporre di una Carta dei Servizi conforme allo schema di cui alla D.G.R.C. n. 1835 del 20/11/2008, con l’indicazione tra l’altro di: descrizione di una  giornata tipo; documento di programmazione delle attività; rette praticate; schema di progetto sociale individualizzato;
6. di essere in possesso di polizza di assicurazione contro gli infortuni e per la responsabilità civile con numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
8. di essere a conoscenza e di accettare che l’inserimento nell’Elenco non comporta in capo all’Amministrazione Comunale procedente e/o all’Ambito B3 alcun obbligo di invio di utenti con costo totale o parziale a carico della Pubblica Amministrazione, né ad instaurare con i soggetti accreditati rapporti contrattuali.

S**i impegna**, inoltre, a:

1. sottoscrivere apposita Convenzione scritta (PATTO DI ACCREDITAMENTO), che verrà approvata in sede di formale approvazione dell’Elenco, in cui saranno definiti: il valore massimo e minimo degli eventuali *vouchers* spendibili presso il centro; la durata della convenzione; le modalità di erogazione, qualità e gestione del servizio di accoglienza semiresidenziale; le modalità di effettuazione del monitoraggio da parte dell’Ambito B3; le modalità di corresponsione del corrispettivo per l’erogazione dell’eventuale servizio su *vouchers* emessi dall’Ambito B3;
2. erogare le attività del Centro per un minimo di 4 ore giornaliere e fino all’orario massimo consentito dal Catalogo dei Servizi regionale;
3. inviare all’Ufficio di Piano, entro il giorno cinque del mese successivo a quello trascorso, tutti i cedolini ricevuti dagli utenti, insieme ad una relazione sintetica ma esaustiva delle attività svolte in favore di ogni utente in carico, allegando nello specifico:
   * il complessivo cumulo dei cedolini dei Voucher ricevuti dall’utenza;
   * elenco nominale degli utenti ai quali è stato erogato il servizio, con il dettaglio, per ciascuno, del numero di ore di prestazione effettuate;
4. accettare che l’utente fruitore del *voucher* dell’Ambito B3, possa a sua libera scelta, anche in relazione al grado di soddisfazione nei confronti delle prestazioni ricevute, scegliere un’altra organizzazione;
5. accettare i sistemi di rendicontazione, di liquidazione, di valutazione e di controllo stabiliti dall’Ambito B3;
6. fornire all’utente, all’interno del servizio erogato con *vouchers* dell’Ambito B3, anche il materiale necessario per le attività e il materiale di facile consumo necessari per la corretta conduzione del servizio.

Si allegano i seguenti documenti:

* Provvedimento di accreditamento (o, *in via alternativa*, copia dell’istanza di accreditamento. L’istanza dovrà recare il timbro ed il numero del protocollo del Comune ricevente);
* Dichiarazioni di cui agli Allegati 2 e 3 al Bando;
* Carta dei Servizi;
* Polizza di assicurazione di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari contro gli infortuni e per la responsabilità civile;
* Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_