

Da riportare su carta intestata

**Spett.le
Comune di Salò
Lungolago zanardelli, 52 -25087
SALO' BS**

<p align="center">DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER GLI INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E SERVIZIO DI CONSEGNA PASTI A DOMICILIO A FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI E DISABILI</p>
--

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ **a** _____ (__)

nella sua qualità di * _____

(specificare poteri di rappresentanza e qualifica e allegare: 1) in caso di ATI costituita, copia dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, da cui risulti il mandato collettivo speciale con conferimento della rappresentanza irrevocabile a una impresa associata, qualificata capogruppo, che esprime la domanda in nome e per conto proprio e delle mandanti; 2) in caso di Consorzio costituito, copia dell'atto costitutivo e delle successive modificazioni; 3) se procuratore, indicare gli estremi della procura e dichiarare il potere conferitogli, oppure allegare copia della procura stessa).*

e quindi Legale Rappresentante della Coop/Ass/Ente/Azienda/Impresa
_____ ,

con sede in _____ (__) **Via** _____ **N.** __ ,

C.F. _____ **- P. IVA** _____

Tel. (_____) _____ , **Fax** (_____) _____ , **E-mail** _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di accreditamento per l'erogazione di interventi di assistenza domiciliare come* _____

(- Impresa singola; oppure - Capo Gruppo di una ATI o di un Consorzio costituito da; oppure - Mandante di una ATI o di un Consorzio costituito da*

N.B.: In caso di una ATI in fase di costituzione la domanda deve essere sottoscritta dai Legali Rappresentanti di tutte le imprese che intendono raggrupparsi, previa esatta indicazione dei dati).

a favore di persone anziane ultra sessantacinquenni, agli adulti non autosufficienti, ai cittadini comunque disabili, residenti nel Comune di Salò'

Allegato D - Fac-simile Domanda di partecipazione

A tale fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1. Di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente, in ogni sua parte ed elaborato, il contenuto delle “Linee guida per l’accreditamento” (allegato A), del “Disciplinare della procedura di accreditamento” (allegato B), nonché le “Procedure tecniche” (allegato C) e il Patto di Accreditamento (allegato F).
2. Che i soggetti che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione, o di direzione dell’Impresa/Società o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, nonché i soggetti che esercitano, anche di fatto, la gestione ed il controllo della stessa, sono:
* _____
(* indicare nome, cognome, data di nascita, qualifica ed eventualmente data di cessazione).
3. Che l’impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di _____ per la seguente attività _____ ed attesta i seguenti dati:
 - ✓ numero di iscrizione
 - ✓ data di iscrizione
 - ✓ durata della ditta.....;
 - ✓ forma giuridica
 - ✓ titolari, soci, direttori tecnici, amministratori **muniti di rappresentanza**, soci accomandatari (indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza)
.....
.....
4. (per le Cooperative) di essere regolarmente iscritta al Registro delle Imprese – sezione ordinaria - della Camera di Commercio di _____ (precisare estremi di iscrizione) _____ e (solo per le Cooperative Sociali) di essere regolarmente iscritta al relativo Albo Regionale (precisare estremi di iscrizione) _____
5. Che lo scopo sociale (mission aziendale) è in linea con la specificità del settore per il quale è richiesto l’accreditamento e che l’impresa ha gestito servizi di assistenza domiciliare a favore di soggetti anziani e disabili per almeno tre anni;
6. Di avere una sede operativa nel Distretto 11, ovvero presso il Comune di _____ provincia di _____ via _____
7. Di avere un fatturato medio annuo globale nell’ultimo triennio superiore a €. 1.000.000,00;
8. Di avere un fatturato per servizi identici medio annuo nell’ultimo triennio di almeno 350.000,00 €.
9. Di avere strutturato sistemi definiti di coordinamento attivo degli operatori impegnati nel servizio;

10. Di avere una dotazione di personale che comprende figure professionali di ASA/OSS con diploma professionale in numero adeguato alla garanzia di svolgimento delle prestazioni richieste, in possesso dei titoli e delle qualifiche prescritti dalla Regione Lombardia;
11. Di applicare nei confronti dei propri dipendenti addetti alle prestazioni oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci lavoratori, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul territorio nazionale;
12. Di non avere subito una condanna definitiva per reati gravi in danno allo Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale;
13. Di non avere subito condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario, sociosanitarie e sociale;
14. Di non avere subito l'applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
15. Di non avere in corso procedimenti per l'applicazione di una misura di prevenzione;
16. Che non si sono verificate risoluzioni di contratti di accreditamento, stipulati negli ultimi dieci anni, per la gestione della medesima unità d'offerta per fatti imputabili a colpa del soggetto gestore, accertata giudizialmente;
17. Che non sono presenti altre fattispecie previste dall'art.38 del decreto legislativo n.163/2006;
18. Di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività di impresa, ove previsto dalla legge;
19. Di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni e il pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori secondo la legislazione italiana, indicando la sede INPS di come sede territoriale di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi;
20. Di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni e i pagamenti in materia di imposte e tasse secondo la legislazione italiana;
21. Di disporre dell'idoneità giuridica, economica, finanziaria, tecnica e morale per assolvere agli obblighi e agli impegni previsti dalla procedura di accreditamento;
22. Di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ex Legge 68/99;
23. Di essere in regola con tutte le disposizioni attinenti la prevenzione degli infortuni e le assicurazioni relative a favore di chiunque, a qualunque titolo, lavori nel servizio;
24. Di garantire il rispetto della normativa sulla privacy come previsto dal T.U. 196/2003;

25. Di avere stipulato idonea copertura assicurativa R.C.T. con un massimale non inferiore a €. 5.000.000,00 unico per sinistro e R.C.O. €. 5.000.000,00 per sinistro con il limite di €. 2.500.000,00 per ogni persona danneggiata, a garanzia di sinistri che possano derivare ad utenti o terzi durante l'espletamento del servizio (*in caso contrario, di impegnarsi a stipulare, entro 10 giorni dalla firma del Patto di accreditamento, idonea copertura assicurativa R.C.T. con un massimale non inferiore a €. 5.000.000,00 unico per sinistro e R.C.O. €. 5.000.000,00 per sinistro con il limite di €. 2.500.000,00 per ogni persona danneggiata, a garanzia di sinistri che possano derivare ad utenti o terzi durante l'espletamento del servizio*)
26. Di assumere ogni responsabilità civile e penale inerente la gestione ed organizzazione di prestazioni rese tramite voucher sociale;
27. Di essere in grado di documentare in ogni momento tutte le dichiarazioni che verranno rese;
28. Che il numero di fax e/o l'indirizzo di casella di posta elettronica ai quali deve essere inviata ogni comunicazione sono i seguenti_____.

DICHIARA INOLTRE

Di essere in possesso dei requisiti organizzativo - gestionali come da bando, e di essere in possesso della seguente documentazione:

- a) Piano di lavoro annuale per tipologia di attività;
- b) Piano di lavoro settimanale/giornaliero per interventi con l'utenza;
- a) Registro degli interventi quotidianamente erogati e breve diario di aggiornamento sulle singole situazioni;
- b) Verbale delle riunioni d'équipe per l'organizzazione del lavoro, la programmazione, i progetti individualizzati e l'aggiornamento sulle situazioni degli utenti in carico;
- c) Archivio e schede nominative per utente contenenti almeno: il Piano di assistenza Individualizzato, i verbali degli incontri di monitoraggio con utente/famiglia/servizi e la liberatoria dei dati personali;
- d) Piano di aggiornamento del personale secondo le tipologie di servizio;
- e) Piano annuale della formazione/aggiornamento degli addetti che operano con l'utenza;
- f) Curriculum ed eventuale dichiarazione degli operatori in corso di qualificazione professionale.

Allego inoltre alla presente domanda:

- a) Progetto tecnico
- b) Referenza bancaria
- c) Copia dell'atto costitutivo o Statuto
- d) Dichiarazione fatturato
- e) Carta dei Servizi
- f) Relazione delle attività, comprovante l'esperienza acquisita
- g) Fotocopia documento di identità del legale rappresentante

(Luogo e data)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
