Allegato C

Al Coordinatore del Distretto D5
protocollo@cert.comune.licata.ag.it
92027 Licata (AG)

DOMANDA DI ISCRIZIONE
REGISTRO DISTRETTUALE SOGGETTI ACCREDITATI

Oggetto: Domanda di accreditamento a registro distrettuale

Il sottoscritto _____ , nato a _____ il _____
(cognome e nome) (luogo) (
giorno, mese e anno)
Codice Fiscale _____; residente nel comune di_____(prov.)

via _____ n. _____ , in qualità di legale rappresentante dell'organismo

_____ con sede legale nel comune di _____(prov.)
(denominazione e ragione sociale)

via _____ n° ____ , tel. _____ , fax _____, iscritto all'Albo

Regionale (art. 22 L.R. 22/86) con decreto n° _____ del_____ per l'espletamento dei servizi _____

CHIEDE
Di iscrivere l'Ente Assistenziale di cui sopra al Registro Distrettuale provvisorio degli Enti per l'espletamento del servizio di:

- Educativa domiciliare

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 dichiara:

1. di non essere soggetto alle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;

(ovvero l'indicazione di eventuali condanne per le quali il dichiarante abbia beneficiato della non menzion

_____

2. che i soci e/o gli amministratori non sono soggetti alle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs.50/16 (ovvero l'indicazione di eventuali condanne per le quali il dichiarante abbia beneficiato della non menzione);
3. di essere in regola con la normativa del Codice del Terzo Settore di cui al Decreto Leg.vo 117/2017 e ss.mm.ii.,dimostrando di avere, eventualmente, modificato l'atto costitutivo e lo statuto e di non perseguire scopo di lucro;
4. che il servizio sarà assicurato dai propri soci lavoratori e i dipendenti adeguatamente qualificati e per i quali sono previsti i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali, secondo le normative vigenti in materia;
5. di mettere a disposizione del servizio, operatori in possesso della laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione L-19 ed equipollenti;

6. di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ai sensi alla legge 68/99 e ss.mm. ii. oppure che l'impresa non e tenuta al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili in quanto _____ ;
7. che la sede INPS/INAIL di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi ed assicurativi e la seguente:

INPS _____ ;
INAIL_____;

8. di possedere, un' esperienza maturata nel servizio di riferimento ovvero nell'area di intervento, e quindi nel campo dell'assistenza all'handicap, per attività in favore di enti pubblici per periodi, anche cumulabili, della durata complessiva di almeno un anno nell'ultimo triennio;

(elencare di seguito in via sommaria i servizi prestati, il periodo di svolgimento e l'ente pubblico in favore del quale sono stati prestati) :

_____

_____

_____

9. di aver realizzato, in proprio o tramite terzi, nell'ultimo triennio, almeno un corso di formazione nei confronti del personale impiegato nei servizi oggetto del patto;
10. di adottare un piano di aggiornamento professionale del personale impiegato nei servizi per un monte ore annuo di almeno l' 1% del monte ore di servizio rivolto all'utenza e comunque non inferiore a 24 ore/anno;
11. l'impegno ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro contenute nel D.Lgs n. 81/08 e s.m.i. e di fornire, al personale impiegato per i servizi, adeguati strumenti ed ausili per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
12. di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente sulla Privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
13. di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010 n. 136, utilizzando un conto corrente dedicato alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari di cui al presente accreditamento;
14. di impegnarsi a non conferire incarichi professionali e/o assumere dipendenti comunali dei due Enti formanti il DistrettoD5, atteso il divieto di cui all'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i;
15. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme, disposizioni ed obblighi contenuti nello schema di disciplinare, allegato al bando d'accreditamento con riferimento al servizio de quo, dichiarando di avere preso visione, nonché di impegnarsi, nell'ipotesi di affidamento del servizio alla relativa sottoscrizione;
16. di prendere atto che l'Ente potrà in qualsiasi momento recedere dai rapporti instaurati con gli enti affidatari dei servizi nel caso in cui il processo di riorganizzazione e ristrutturazione degli enti locali ne rendesse per qualsiasi motivo impossibile la prosecuzione ovvero mutassero comunque i presupposti giuridici e legislativi disciplinanti la materia oggetto dell'avviso, nonché procedere ad una ulteriore loro revisione legata alle disponibilità finanziarie effettive dell'Ente;

Allega la seguente documentazione:

a) Carta dei servizi, (in formato pdf);
b) Patto D'integrità;
c) Progetto migliorativo;
d) Modello informativa Privacy
e) Copia fotostatica del Documento d'identità personale del dichiarante, in corso di validità.

_____ _____

Luogo e data

Firma per esteso con allegata fotocopia del Documento di riconoscimento

All. D

SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE DISABILI GRAVI ART. 3 COMMA 3 LEGGE 104/92

CARTA DEI SERVIZI MIGLIORATIVI OFFERTI DALL' ENTE

_____

(specificare il nominativo completo)

Sede legale sita in _____

Tel/fax _____

e-mail/ PEC (obbligatorio)

_____

Legale rappresentante _____

1) Ubicazione degli uffici e delle sedi operative con l'indicazione degli orari di apertura e di chiusura (Max 4 righe)

_____

_____

_____

_____

2) Descrizione sommaria dell'esperienza maturata nel servizio di riferimento ovvero nell'area di intervento (assistenza all'handicap) (Max 8 righe)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3) **Certificazione di qualità aziendale nel campo dei servizi sociali eventualmente posseduta ed in corso di validità**

_____

4) Descrizione degli eventuali servizi migliorativi ed aggiuntivi offerti gratuitamente:

Per ogni attività proposta specificare:

a) Descrizione sintetica (max 2 righe):

_____

_____

b) Tempi di svolgimento:
Periodo (dal_____ al _____)

Frequenza di svolgimento (es: settimanale, bisettimanale, mensile...)
Orari e giorni di svolgimento
c) Operatori impiegati: Numero : qualifica:
d) Luogo di svolgimento:
e) Eventuali agevolazioni offerte per il raggiungimento della sede di svolgimento delle attività:

Data

Firma del Legale rappresentante

Avvertenze

- **N.B. : Nel caso di più servizi migliorativi ed aggiuntivi, il punto n. 4 deve essere compilato per ciascun servizio offerto.**