

Domanda di accreditamento

Allegato A

Bando di accreditamento

per l'erogazione dei Servizi integrativi aggiuntivi e migliorativi a favore di alunni con disabilità di cui al comma 3 dell'art.3 della l.104/92, ad alta intensità di cura certificata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) o altra documentazione comprovante lo stato di gravità dello studente, rilasciato dal medico specialista dell'ASP di residenza dell'alunno, competente per patologia, che attesti "Alta intensità di cura" degli studenti con disabilità, così come previsto nelle circolari della Regione Siciliana o su indicazione del Dirigente Scolastico per quei studenti per cui il servizio è stato previsto nel Gruppo di lavoro Operativo (GLO) e nel Piano Educativo Individualizzato (PEI), frequentanti le scuole secondarie di secondo grado residenti nel territorio della Città Metropolitana di Palermo. **Anno Scolastico 2024/2025**

Alla Città Metropolitana di Palermo
Direzione Sviluppo Economico
Servizi Sociali, Turistici e Culturali

Il/la sottoscritto/a
.....Nato/a a
.....il.....
Residente a.....via.....
Codice Fiscale.....

In qualità di Legale rappresentante della (denominazione azienda)
.....
..... con sede legale in Via
.....C.F./P.IVA n.....
.....telefono n.....
e-mail.....
pec.....

Visto il "Bando di accreditamento
per l'erogazione dei Servizi Aggiuntivi Migliorativi Integrativi
Anno Scolastico 2024/2025
" CHIEDE

l'accREDITAMENTO della Cooperativa/Ente/Azienda.....
.....

per l'erogazione, dei Servizi Aggiuntivi Migliorativi Integrativi a favore di alunni con disabilità di cui al comma 3 dell'art.3 della l.104/92, ad alta intensità di cura certificata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) o altra documentazione comprovante lo stato di gravità dello studente, rilasciato dal medico specialista dell'ASP di residenza dell'alunno, competente per patologia, che attesti "Alta intensità di cura" degli studenti con disabilità, così come previsto nelle circolari della Regione Siciliana o su indicazione del Dirigente Scolastico per quei studenti per cui il servizio è stato previsto nel Gruppo di lavoro Operativo (GLO) e nel Piano Educativo Individualizzato (PEI), frequentanti le scuole secondarie di secondo grado residenti nel territorio della Città Metropolitana di Palermo. **Anno Scolastico 2024/2025**

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali, in caso di falsità di atti e dichiarazioni mendaci richiamate dall' art.. 76 del D.P.R. n. 445 /2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che la predetta Cooperativa/Ente/Azienda:

- non è incorsa nelle cause di esclusione di cui agli artt. 94, 95,96,97 e 98 del D.lgs. 36/2023;
- è in possesso dei seguenti requisiti di capacità tecnica e professionale previsti dall'art. 100 D.Lgs. n.36/2023 ossia di essere iscritto:

1. al Registro delle Imprese della Camera di Commercio di Industria e Artigiano di _____

2. Iscrizione all'Albo Regionale ai sensi dell'art. 26 della L.R. 22/86 nella Sezione "Inabili" e/o "Minori" per la tipologia "Assistenza Domiciliare";

- è in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS ed INAIL (Durc) stabiliti dalle vigenti disposizioni e che l'Impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

Tipo impresa _____

C.C.N.L. applicato (specificare) _____

INAIL - codice ditta _____

Posizioni assicurative territoriali _____

INPS - matricola azienda _____

Sede competente _____

- l'osservanza delle norme della legge n. 68/1999 che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- l'osservanza, all'interno della propria azienda, degli obblighi di sicurezza prevenzione degli infortuni previsti dalla vigente normativa;
- E' in possesso dei requisiti organizzativo-gestionali previsti nell'avviso pubblico di accreditamento;
- Ha la capacità di attivare il servizio nei tempi e modalità come richiesto dal bando stesso
- Garantisce la figura di un referente con la funzione di coordinamento e gestione dei rapporti con la Città Metropolitana di Palermo, di seguito indicata:

Nome Cognome _____

Cellulare _____

Mail/ Pec _____

- Garantisce che il personale frequenterà nel corso dell'anno scolastico 2024/2025 corsi di formazione specifici sull'intervento socio- assistenziale. L'azienda si impegna a dimostrare di aver effettuato tale formazione durante il periodo dell'accreditamento e a presentare il programma di formazione predisposti.

- di essere in possesso di un numero adeguato di risorse umane; nell'organigramma aziendale sono essere presenti le seguenti figure OSA/OSS;
- che gli operatori che verranno destinati al servizio oggetto del presente appalto sono in possesso delle qualifiche richieste nell'avviso di accreditamento ;
- di avere esperienza nella gestione diretta, o in concessione o in appalto, di servizi socio-assistenziali/ socio-sanitari per disabili, con fatturato annuo medio per servizi socio-assistenziali / socio-sanitari negli anni 2022/23 e 2023 /2024 almeno pari a € 300.000,00

| SERVIZIO | SVOLTO DAL AL | DESTINATARIO | IMPORTO ANNUALE SERVIZIO (IVA ESCLUSA) |
|----------|------------------------------|--------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- di possedere la Carta dei Servizi inerente i servizi per i quali viene richiesto l'accreditamento;
- Di accettare le modalità operative previste nel Bando;
- Di accettare la sottoscrizione del patto di accreditamento;
- Il proprio servizio ha la sede operativa in via....., n..... CAP.....Comune di.....;
- Che i riferimenti relativi alle comunicazioni inerenti la presente richiesta sono i seguenti:
 - pec.
 - tel:

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INFINE

- a fornire i **Servizi Aggiuntivi Migliorativi Integrativi** per l'anno scolastico 2024/2025 secondo le linee guida definite dal presente Avviso;
- a sottoscrivere protocollo di legalità;
- a sottoscrivere la dichiarazione Sostitutiva Antimafia e Requisiti Morali”
- Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega a pena di esclusione:

- fotocopia documento di identità del Legale Rappresentante o dei firmatari;
- copia dell'avviso di accreditamento, completo di tutti gli allegati, debitamente timbrato e firmato dal titolare o legale rappresentante in ogni facciata, in segno di piena conoscenza e accettazione delle disposizioni in esso contenute.
- Allegato "D" Patto di Legalità;
- Allegato Dichiarazione Sostitutiva Antimafia e Requisiti Morali"
- Eventuale altra documentazione relativa ad alcuni punti della presente dichiarazione;
- Copia Carta dei Servizi;
- Copia Statuto;
- Copia Atto Costitutivo;
- Proposta progettuale dell'organizzazione del Servizio (max 5 pag.)

Luogo e data, _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE _____

