

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 o da
certificare dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) frequentanti la scuola
secondaria di secondo grado residenti nel territorio della Città Metropolitana di Palermo
Anno Scolastico 2021/2022

Alla Città Metropolitana di Palermo
Direzione Sviluppo Economico

Il/la sottoscritto/a

Nato/a ail.....

Residente a.....via.....

Codice Fiscale.....

In qualità di Legale rappresentante della (denominazione azienda)

..... con sede legale in Via

..... C.F./P.IVA n.....

..... n. telefono

.....fax.....

e-mail.....

pec.....

Visto il “**Bando di accreditamento**
per l'erogazione dei Servizi Aggiuntivi Migliorativi Integrativi
Anno Scolastico 2021/2022
” 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 o da certificare dalla Unità di Valutazione
Multidisciplinare (UVM) frequentanti la scuola secondaria di secondo grado residenti nel territorio della Città
Metropolitana di Palermo
Anno Scolastico 2021/2022.

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:

1. non è incorsa nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;

2. è in possesso dei seguenti requisiti di capacità tecnica e professionale previsti dall'art. 83 D.Lgs. n. 50/2016 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";

3. è in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS ed INAIL 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 _____

4. l'osservanza delle norme della legge n. 68/1999 che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;

5. l'osservanza, all'interno della propria azienda, degli obblighi di sicurezza prevenzione degli infortuni previsti dalla vigente normativa;

6. E' in possesso dei requisiti organizzativo-gestionali previsti nell'avviso pubblico di accreditamento;

7. Ha la capacità di attivare il servizio nei tempi e modalità come richiesto dal bando stesso

8. 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 _____

9. Garantisce che il personale frequenta 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.

10. di essere in possesso di un numero adeguato di risorse umane; nell'organigramma aziendale sono essere presenti le seguenti figure OSA/OSS;

11. che gli operatori che verranno destinati al servizio oggetto del presente avviso sono in possesso delle qualifiche richieste nell'avviso di accreditamento ;

12. 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 2018/19 2019 /2020 almeno pari a € 200.000,00

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

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

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INFINE

- A fornire i **Servizi Aggiuntivi Migliorativi Integrativi** per l'anno scolastico 2021/2022 secondo le linee definite dal presente Bando
- 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. Nel caso di raggruppamenti di imprese non ancora costituiti, ai quali si applicano le disposizioni previste dall'art. 80 del D.lgs. 50/2016, ciascuna Impresa/Cooperativa facente parte del raggruppamento dovrà sottoscrivere **la medesima copia dell'Avviso.**
- **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 _____