

**Al Comune di Partinico
Capofila del Distretto Socio-Sanitario n. 41
Ufficio Protocollo
Piazza Umberto I
Partinico**

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER LA GESTIONE, NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 41, DI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI, A MEZZO DI VOUCHER.

Il / La sottoscritto/a _____ Nato/a _____

il _____ Codice Fiscale _____ residente in _____

prov. _____ cap. _____ via _____ n. _____

In qualità di Legale rappresentante:

della Coop.va _____

dell'Ente _____

dell'Azienda _____

con sede legale a _____ in via _____ n. _____

Cap. _____ Provincia _____

Con sede amministrativa a _____ in via _____ n. _____

Cap. _____ Provincia _____

COD. FISC. _____ P.IVA _____

INPS sede di _____ Matricola Azienda N. _____

INAIL sede di _____ Codice Ditta N. _____

N. tel. _____ N. fax _____ indirizzo e-mail _____

indirizzo di posta elettronica certificata: _____,

CHIEDE

L'accreditamento della Cooperativa dell'Ente dell'Azienda per l'erogazione dei servizi distrettuali di:

- ASSISTENZA SPECIALISTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE IN FAVORE DI ALUNNI PORTATORI DI HANDICAP FISICI, PSICHICI O SENSORIALI FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO;
- ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE/TERRITORIALE MINORI;
- ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE/TERRITORIALE MINORI DISABILI;
- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI;
- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ GRAVE (MINORI, ADULTI, ANZIANI);

- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ GRAVISSIMA;
- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO LIEVE (MINORI, ADULTI, ANZIANI);
- SERVIZIO TRASPORTO DISABILI.

A tal fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici conseguiti in seguito al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

(barrare il quadratino o se ricorre il caso compilare l'ipotesi che interessa)

Che la _____ è iscritta all'albo regionale di cui all'art. 26 della L. R. 22/86 per la sezione:

ANZIANI tipologia Assistenza Domiciliare (riportare estremi del Decreto di iscrizione)

DISABILI tipologia Assistenza Domiciliare (riportare estremi del Decreto di iscrizione)

MINORI tipologia Assistenza Domiciliare (riportare estremi del Decreto di iscrizione)

(solo per le cooperative sociali) che la cooperativa è iscritta/o all'Albo Nazionale delle società cooperative istituito con D.M. 23/06/04 c/o la C.C.I.A.A competente per territorio _____;

(indicare i dati di iscrizione)

Che l'impresa è iscritta alla CCIAA di _____ con numero REA _____ dal _____.

che lo scopo sociale della Coop./ Ente/ Azienda è specifico per la tipologia di attività da accreditare;

di aver preso integrale e accurata visione degli atti di accreditamento pubblicati sul sito istituzionale del Comune di Partinico;

che le prestazioni professionali saranno svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare;

che è in possesso dei requisiti organizzativo – gestionali;

che la composizione del C.d.A. (con indicazione del nominativo del legale rappresentante dell'Ente e dei dati anagrafici di tutti i componenti) è la seguente:

che gli amministratori muniti di potere di rappresentanza sono i seguenti:
(indicare cognome e nome, data e luogo di nascita)

che direttore tecnico (ove esistente) è il Signor :
(indicare cognome e nome, data e luogo di nascita)

che la Ditta mantiene le seguenti regolari posizioni previdenziali ed assicurative ;
presso l'INPS sede di _____matricola n. _____
presso l'INAIL sede di _____codice ditta N _____
dimensione aziendale _____ed è in regola con i relativi versamenti e si impegna
affinché detta regolarità contributiva permanga per tutta la durata del servizio;

che il personale da adibire al servizio di assistenza domiciliare anziani e/o disabili è dotato di apposita qualifica professionale a norma di legge;

di accettare il costo orario dei **voucher**, nel rispetto del CCNL di settore.

di fornire al personale impiegato nel servizio adeguati strumenti ed ausili per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti secondo quanto previsto dal Regolamento Generale Europeo 2016/679;

di essere a conoscenza che, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, e successive modifiche e integrazioni., i propri dati, anche personali, verranno trattati esclusivamente per le esigenze procedurali;

non si trova in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. (allegato 1);

ha capacità tecnica (D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.) e di seguito si allegano i principali servizi prestati:

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali in favore dei lavoratori secondo la normativa vigente (D.U.R.C.)
- di applicare nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci, dei CCNL di settore e degli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale. L'obbligo di cui al presente punto vincola il soggetto accreditato anche se non aderente alle Associazioni stipulanti o se receda da esse; in caso di Cooperative è richiesto inoltre il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali calcolati sul salario pieno, con esclusione del riferimento al

salario convenzionale;

- di avere regolare posizione rispetto agli obblighi ed adempimenti in materia di diritto al lavoro dei disabili, di cui alla Legge n. 68/1999;
- di non essersi avvalsi di piani individuali di emersione di cui all'art.1 bis, comma 14, Legge n. 383/2001 e s.m.i. oppure di essersi avvalsi di piani individuali di emersione di cui all'art.1 Bis, comma 14, Legge n. 383/2001 e s.m.i., ma che il periodo di emersione si è concluso entro il termine ultimo di presentazione della domanda di accreditamento;
- di essere possesso dei requisiti previsti dal D.Lgs.159/2011 "Normativa antimafia" e smi;

di accettare ed impegnarsi a rispettare gli standards assunti per il servizio/i per cui si chiede l'accREDITAMENTO e meglio esplicitati nell'allegato "Standard servizi".

di impegnarsi ad adempiere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni .

(Ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge n. 136/2010 e successive modifiche e integrazioni, tutti i movimenti finanziari relativi al servizio devono essere effettuati tramite lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero con altri strumenti di incasso o di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, salvo quanto previsto dal comma 3 del citato art. 3. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 3, comma 9 bis, della legge n. 137/2010, nel testo modificato dalla Legge n. 217/2010).

di non aver nulla a pretendere dal Comune nella eventualità in cui, per qualsiasi motivo, a suo insindacabile giudizio, decida di interrompere o annullare in qualsiasi momento la procedura di accreditamento o decida di non procedere agli accreditamenti o alla sottoscrizione del Patto di accreditamento;

di essere a conoscenza e di accettare le clausole del protocollo di legalità "Accordo Quadro Carlo Alberto Dalla Chiesa" stipulato il 12/07/2005 fra la Regione Siciliana, il Ministero dell'Interno, le Prefetture dell'Isola, l'Autorità di Vigilanza sui Lavori Pubblici, l'INPS e L'INAIL, e in particolare del protocollo di legalità sottoscritto in data 05/03/2019, dal comune capofila Partinico con la Prefettura di Palermo "Clausole di legalità – Obblighi dell'ETS" .

NOTA BENE

Al presente modello deve essere allegata copia fotostatica leggibile di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/03, si informa che i dati forniti saranno oggetto di trattamento, da parte del Comune nell'ambito delle norme vigenti, esclusivamente per le finalità connesse all'accREDITAMENTO e per l'eventuale sottoscrizione del Patto di accREDITAMENTO.

Data _____

Timbro e firma
Il Legale Rappresentante