**Spett.le**

**Azienda Speciale Consortile**

**Consorzio Desio-Brianza**

**Progetto HCP 2019**

**Via Lombardia,59**

**20832 DESIO (MB)**

**Oggetto: DOMANDA DI ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE A VALERE SUL PROGETTO HCP 2019**

Il sottoscritto ……………………… nato a ………………………il ……………………… residente in ………………………Prov. ………………………Via …………………………………………………………… N. …….…………… CAP ………………………

in qualità di: (indicare la carica ricoperta) ………………………del soggetto (indicare la ragione sociale) ………………………con sede legale in ……………………… Prov. ……………………… Via ……………………… N. ……………………… CAP ………………………

Tel. ………………………e-mail ………………………Posta Elettronica Certificata ………………………

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Partita IVA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Referente interno per la presente procedura:

Cognome e nome ………………………………………………………………………………………………

Tel. ……………………… cell. ……………………… e-mail ………………………………………………

**CHIEDE**

L’inserimento nell’elenco di cui all’oggetto delle prestazioni integrative per cui s’intende prestare servizio di come di seguito indicato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Selezionare la Tipologia Servizio per si richiede l’accreditamento** | | | |
|  | 1. Servizi professionali domiciliari | A.1 Op.SocioSanitario | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza domiciliare, educativa e riabilitativa rivolta ad anziani e e persone con disabilità in servizi analoghi con specifica del monte ore annuo dei servizi resi **non inferiore a 400 ore nel triennio**; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, delle ore erogate e degli enti destinatari |
|  | A.2 Ed.Professionale |
|  | 1. Altri servizi professionali domiciliari | B.1 Psicologo |
| B.2 Fisioterapista |
| B.3 Logopedista |
|  | 1. Servizi e strutture a carattere extra domiciliare | C1 Centri socio educativi riabilitativi diurni | Esperienza **di almeno 5 anni** nei servizi rivolti anziane e persone con disabilità in servizi analoghi; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, e degli enti destinatari |
|  | C.2Centri diurni per gli anziani |
|  | C.3 Centri di aggregazione giovanile | Esperienza **di almeno 3 anni** nei servizi rivolti a minori nel caso dei CAG e Centri per l’infanzia in servizi analoghi; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento e degli enti destinatari |
|  | C.4 Centri per l'infanzia |
|  | 1. Sollievo | D.1Domiciliare | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza domiciliare, educativa e riabilitativa rivolta ad anziani e e persone con disabilità in servizi analoghi con specifica del monte ore annuo dei servizi resi **non inferiore a 600 ore nel triennio**; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, delle ore erogate e degli enti destinatari |
|  | D.2 Diurno Extra Domiciliare |
|  | D.3 Residenziale | Esperienza **di almeno 5 anni** nei servizi rivolti anziane e persone con disabilità in servizi analoghi; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, e degli enti destinatari |
|  | 1. Trasferimento/Trasporto Assistito | Da E 1 a E 7 vedi art. 2 avviso pubblico per l’accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni integrative a valere sul progetto home care premium 2019 | Esperienza **di almeno 3 anni** nei servizi di trasporto persone specializzati con mezzi idonei rivolti ad anziane e persone con disabilità in servizi analoghi; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, e degli enti destinatari. Possesso di almeno 1 mezzo con pedana sollevapersone |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | 1. Consegna Pasto | Consegna Pasto | Esperienza di **almeno 3 anni** nei servizi di consegna pasti con mezzi idonei adibiti al trasporto dei pasti; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, e degli enti destinatari. |
|  | 1. Supporti | Da G 1 a G 9 vedi art. 2 avviso pubblico per l’accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni integrative a valere sul progetto home care premium 2019 | Esperienza nel settore di riferimento **di almeno 3 anni**; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, e degli enti destinatari |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | 1. Percorsi di integrazione scolastica | H.1 Percorsi di integrazione scolastica | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza educativa a persone con disabilità in ambito scolastico con specifica del monte ore annuo dei servizi resi **non inferiore a 600 ore nel triennio**; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, delle ore erogate e degli enti destinatari |
|  | H.2 Servizi di assistenza scolastica specialistica |
|  | 1. Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e l'inserimento occupazionale | I.1 Percorsi di inserimento occupazionale | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza educativa a persone con disabilità in ambito lavorativo volti alla valorizzazione delle abilità delle persone con disabilità con specifica del monte ore annuo dei servizi resi **non inferiore a 1.500 ore nel triennio**; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, delle ore erogate e degli enti destinatari |
|  | I.2 Percorsi di valorizzazione |
|  | 1. Servizi per minori affetti da autismo | Servizi per minori affetti da autismo | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza educativa specializzata per minori affetti da autismo con specifica del monte ore annuo dei servizi resi **non inferiore a 1.500 ore nel triennio**; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, delle ore erogate e degli enti destinatari |
|  | 1. Servizio di attività sportive | Servizi sportivi | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza educativa a persone con disabilità in ambito sportivo; dovrà essere fornita precisa indicazione della denominazione del servizio, dei periodi di svolgimento, delle ore erogate e degli enti destinatari |

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

**DICHIARA**

* che l’Organizzazione risulta iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di ………………………………………………………………… n. ………………… e data ………………… di iscrizione nel registro imprese - Capitale sociale Euro ………………………………. di cui versato Euro ……………………………….- Durata dell’impresa / data di termine ………………………………. Forma giuridica ……………………………….……………………………….e che l’oggetto sociale della Organizzazione risulta coerente con l’oggetto dei servizi/interventi oggetto del presente Avviso

*Oppure*

* di non essere tenuto all’iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura e in quanto ……………………………….………………………………. e che l’oggetto sociale della Organizzazione risulta coerente con l’oggetto dei servizi/interventi oggetto del presente Avviso;
* di non trovarsi in nessuna delle condizioni previste dall’art. 80, del D.Lgs. 18.4.2016, n. 50 e smi;
* di essere in regola con l’applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche), in materia di prevenzione infortunistica, di igiene del lavoro e rispettare le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
* di applicare integralmente ai propri addetti il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali

contratto collettivo applicato ………………………………. ;

* che i riferimenti dei titolari/legali rappresentanti, amministratori o soci/ dipendenti con poteri decisionali nel presente procedimento, ai fini del monitoraggio relativo al conflitto di interesse, sono i seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **CF** | **COMUNE DI RESIDENZA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* di disporre della copertura assicurativa per Responsabilità Civile verso Terzi (RCT), con massimale non inferiore a €1.500.000,00 per sinistro, stipulata con la Compagnia ……………………………….………………………………. il ……………………………….………………………………. polizza n. ……………………………….………………………………., nonché per Responsabilità Civile verso prestatori d’opera (RCO) dipendenti dell’ente gestore, con massimale non inferiore a €1.000.000,00 per sinistro, stipulata con la Compagnia ……………………………….………………………………. il ……………………………….………………………………. polizza n. ……………………………….……………………………….
* di garantire il rispetto delle Leggi Regionali o Nazionali in materia di Igiene e Sanità Pubblica, di Sicurezza degli Impianti, di Urbanistica-Edilizia e, nel caso di utilizzo di personale dipendente, il rispetto di quanto stabilito in materia di rapporti di lavoro dalla normativa vigente;
* di essere consapevole che i dati personali forniti saranno trattati conformemente al Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) e della normativa nazionale (D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.) sotto la responsabilità del legale rappresentante pro-tempore del CODEBRI secondo le modalità e i criteri previsti dall’art. 14 dell’Avviso Pubblico.
* Avere svolto con buon esito contratti per enti pubblici o privati nel triennio 2016-2017-2018 come da indicato nell’art. 5 del Bando di Accreditamento. Si allega dettaglio con precisa indicazione della denominazione del servizio, degli importi affidati, dei periodi di svolgimento e degli enti destinatari per ogni servizio di cui si richiede l’accreditamento.
* La prestazione sarà eseguita da personale qualificato secondo quanto richiesto dal Bando. Al momento dell’attivazione dell’intervento verrà inoltrata a CODEBRI la documentazione richiesta dal Bando
* Dichiara di aver preso visione del Bando di accreditamento e di tutte le disposizioni in esso contenute

**SI IMPEGNA**

in caso di iscrizione nell’elenco di cui all’oggetto dei servizi sociali o socio assistenziali di cui alle schede allegate alla presente:

* a dichiarare annualmente la sussistenza dei requisiti utili per la continuità dell'iscrizione nell’Elenco
* a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la perdita dei requisiti previsti per la permanenza in elenco, all’indirizzo di posta elettronica certificata: [servizipersona@pec.codebri.mb.it](mailto:servizipersona@pec.codebri.mb.it) ;
* a comunicare eventuali variazioni dei servizi/interventi resi;
* ad accettare l’utilizzo da parte di CODEBRI di idonei strumenti di rilevazione, verifica e valutazione delle prestazioni rese, anche avvalendosi di supporti esterni;
* ad inoltrare a CODEBRI quanto necessario alla rendicontazione del Progetto HCP anche in seguito all’erogazione delle prestazioni

**A tal fine allega:**

* Copia non autenticata documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;
* Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale);
* Carta dei Servizi aggiornata e/o un documento descrittivo delle modalità di organizzazione e gestione del servizio/i (con indicazione delle figure professionali impiegate) con particolare riferimento agli obiettivi dello stesso, alle metodologie adottate e alla modalità di attivazione degli interventi e al raccordo con i Servizi;
* Copia del bando di accreditamento controfirmato per accettazione;

Luogo e data ………………………

Firma del Legale Rappresentante ………………………………………………………………………………………………