**Spett.le**

**Azienda Speciale Consortile**

**Consorzio Desio-Brianza**

**Progetto HCP 2019**

**Via Lombardia,59**

**20832 DESIO (MB)**

**Oggetto: DOMANDA DI ESTENSIONE DELL’ACCREDITAMENTO PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE A VALERE SUL PROGETTO HCP 2019**

Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………………………………………

in qualità di: (indicare la carica ricoperta) ………………………………………………………………………

del soggetto (indicare la ragione sociale) ………………………………………………………………………

Codice fiscale

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

Partita IVA

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

**CHIEDE**

l’estensione dell’accreditamento in elenco per le seguenti prestazioni 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 600 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**

* Il mantenimento dei requisiti generali previsti dall’art.5 Bando
* 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 prevista dall’art. 5 del Bando
* Dichiara di aver preso visione del Bando di accreditamento e di tutte le disposizioni in esso contenute

**A tal fine allega:**

* Copia non autenticata documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;
* 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;

Luogo e data ………………………

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