**Spett.le**

**Azienda Speciale Consortile**

**Consorzio Desio-Brianza**

**Progetto HCP 2022**

**Via Lombardia,59**

**20832 DESIO (MB)**

**Oggetto: DOMANDA DI ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE A VALERE SUL PROGETTO HCP 2022**

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 ………………………………………………

Referente dell’Ente per le prestazioni Home Care Premium:

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 come di seguito indicato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Selezionare con una X la tipologia di Servizio che si intende prestare** | | | |
| A) Servizi professionali domiciliari |  | A.1 Op. Socio Sanitario | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza domiciliare, educativa e riabilitativa rivolta ad anziani e persone con disabilità in servizi analoghi |
|  | A.2 Ed. Professionale |
| B) Altri servizi professionali domiciliari |  | B.1 Psicologo |
|  | B.2 Fisioterapista |
|  | B.3 Logopedista |
| C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare |  | C.1 Centri socio educativi riabilitativi diurni | Esperienza **di almeno 3 anni** nei servizi rivolti ad anziani e persone con disabilità in servizi analoghi |
|  | C.2 Centri 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 |
|  | C.4 Centri per  l'infanzia |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Selezionare con una X la tipologia di Servizio che si intende prestare** | | | | |
| D) Sollievo |  | D.1 Domiciliare | | Esperienza **di almeno 3** anni nell’ambito assistenza domiciliare, educativa e riabilitativa rivolta ad anziani e persone con disabilità in servizi analoghi |
|  | D.2 Diurno Extra  Domiciliare | |
|  |  |
|  | D.3 Residenziale | | Esperienza **di** **almeno 3** anni nei servizi rivolti anziane e persone con disabilità in servizi analoghi; |
| E) Trasferimento  /Trasporto Assistito |  | Da E 1 a E.7 vedi  art. 3\* | | Esperienza **di almeno 3 anni** nei servizi di trasporto persone specializzati con mezzi idonei rivolti ad anziane e persone con disabilità in servizi analoghi |
| F) Consegna Pasto |  | Consegna Pasto | | Esperienza **di almeno 3 anni** nei servizi di consegna pasti con mezzi idonei adibiti al trasporto dei pasti |
| G) Supporti |  | Dal G.I a G.IX dell’art. 3\* |  | Esperienza nel settore di riferimento **di almeno 3 anni** |
| H) Percorsi di integrazione scolastica |  | H.1 Percorsi integrazione scolastica | di | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza educativa a persone con disabilità in ambito scolastico |
|  | H.2 Servizi assistenza scolastica specialistica | di |
| I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e l'inserimento occupazionale |  | I.1 Percorsi inserimento occupazionale | di | 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 |
|  | I.2 Percorsi di valorizzazione |  |
| L) 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 |
| M) Servizio di attività sportive |  | Servizi sportivi | | Esperienza **di almeno 3 anni** nell’ambito dell’assistenza educativa a persone con disabilità in ambito sportivo |

\*dettaglio art.3 avviso pubblico per l’accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni integrative a valere sul progetto home care premium 2022

A tal fine 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**

* di non trovarsi in nessuna delle condizioni previste dall’art. 80, del D.Lgs. 18.4.2016, n. 50 e smi;
* 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 come indicato nello Statuto;
* 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 delle persone con disabilità (L. 68/1999) e a questo riguardo dichiara:
* la propria condizione di non assoggettabilità agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/99 (nel caso di concorrente che occupa non più di 15 dipendenti oppure nel caso di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti qualora non abbia effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000);

*Oppure*

* la propria ottemperanza agli obblighi di assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/99 (nel caso di concorrente che occupa più di 35 dipendenti oppure nel caso di concorrente che occupa da 15 a 35 dipendenti che abbia effettuato una nuova assunzione dopo il 18 gennaio 2000);
* 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 e che il contratto collettivo applicato è il seguente: ………………………………. ;
* 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** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **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. ……………………………….……………………………….

*Solo per i gestori di unità di offerta sociali e/o socio sanitarie:*

* di essere in possesso dell’autorizzazione al funzionamento in conformità alla normativa vigente nella Regione di ubicazione della struttura, (indicare esplicitamente o allegare copia)
* 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.
* Di avere esperienza almeno triennale nel servizio/i per i quali si candida per il progetto Home Care Premium e a questo riguardo allega la relativa documentazione;
* 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 comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la perdita dei requisiti previsti per la permanenza in elenco, all’indirizzo di posta elettronica [hcp@codebri.mb.it](mailto:hcp@codebri.mb.it);
* a comunicare eventuali variazioni dei servizi/interventi resi;
* ad inoltrare a CODEBRI quanto necessario alla rendicontazione del Progetto HCP in seguito all’erogazione delle prestazioni nei termini previsti.

**A tal fine allega:**

1. Copia, non autenticata, di un documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;
2. Documentazione attestante l’esperienza nel Servizio/i per i quali ci si candida;
3. Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale) o link di pubblicazione;
4. 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 o link di pubblicazione.

Luogo e data ………………………

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