**Spett.le**

**Azienda Speciale Consortile**

**Consorzio Desio-Brianza**

**Progetto HCP 2022**

**Via Lombardia,59**

**20832 DESIO (MB)**

**Oggetto: DOMANDA DI ESTENSIONE DELL’ACCREDITAMENTO PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE A VALERE SUL PROGETTO HCP 2022**

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 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 |
| 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 | Esperienza **di almeno 3 anni**  nell’ambito dell’assistenza educativa a  persone con disabilità in ambito scolastico |  |
|  | H.2 Servizi assistenza scolastica specialistica |  |
| I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e l'inserimento occupazionale |  | I.1 Percorsi 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 |  |
|  | 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, 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.6 del Bando
* 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

**A tal fine allega:**

* Copia non autenticata documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;
* Documentazione attestante l’esperienza nel Servizio/i per i quali ci si candida;
* 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 ………………………………………………………………………………………………