MODELLO DI DOMANDA

BANDO DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE TRAMITE VOUCHER A FAVORE DI ANZIANI DISABILI RESIDENTI nell'AMBITO DEL DISTRETTO LT/5.
Periodo: 1.10.2021 al 30.09.2023

COMUNE DI GAETA
(COMUNE CAPOFILA DISTRETTO LT/5)
PIAZZA XIX MAGGIO
04024 GAETA (LT)
PEC: distrettosociosanitariolt5@pec.comune.gaeta.lt.it

Il Sottoscritto ..... nato a ..... il ..... nella sua qualità di legale rappresentante di ……
…….
con sede in …… (prov. ……)
Via ..... CAP ..... Codice Fiscale ……..…… Partita I.V.A. ……..……
numero telefonico .....e-mail ……..……
PEC ……..……, consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni stabilite dalla vigente normativa dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nei confronti di chi effettua dichiarazioni mendaci;

C H I E D E

di essere accreditato per l'erogazione di prestazioni sociali servizio di assistenza domiciliare tramite voucher a favore di anziani disabili residenti nell'ambito del distretto lt/5 periodo: 1.10.2021 al 30.09.2023
in qualità di (*barrare l'ipotesi che interessa*):

☐ Impresa singola [art. 45 comma 2 lettera a) del Codice *ex* D. Lgs. 50/2016 e smi];

☐ Componente di costituendo raggruppamento d'imprese o costituendo Consorzio ordinario d'imprese [art. 48 comma 8 del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];

☐ Raggruppamento d'imprese o Consorzio ordinario, costituito [art. 45 comma 2 lettere d) – e) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi]

☐ Consorzio stabile [art. 45 comma 2 lettera c) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];

☐ Altro …… ;

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

(barrare la casella corrispondente e compilare gli spazi)

☐ di essere a conoscenza e di accettare completamente le condizioni previste dal Bando di accreditamento;

☐ di essere a conoscenza, in particolare, del fatto che il riconoscimento dell'accreditamento non determina l'inserimento in una graduatoria e non impegna il Distretto Latina 5 – Comune di Gaeta Capofila di Distretto all'acquisto di servizi.

☐ di essere in possesso dei requisiti previsti nel Bando di accreditamento;

☐ di accettare le procedure di monitoraggio, verifica, controllo e valutazione da parte del Comune di Gaeta, in merito alla presenza e alla permanenza nel tempo dei requisiti di accreditamento;

☐ di accettare gli oneri di partecipazione relativi alle attività del Comune mirate al miglioramento continuo connesse all'accreditamento;

☐ di impegnarsi a erogare i servizi previsti nei criteri organizzativi del Bando di accreditamento;

☐ di essere iscritti nel "Registro distrettuale dei soggetto gestori dei servizi alla Persona di cui alla DGR 88/2017" alla data del 15.03.2021;

☐ di avere la piena e legittima disponibilità di un immobile in forza di titolo di proprietà o altro diritto reale, ovvero in forza di contratto di locazione o di comodato o di leasing o di affitto di azienda, o di concessione di ente pubblico, o di altro atto che sia registrato ai sensi dell'art. 1 comma 346 della L.311/2004, ovvero con l'indicazione della specifica esenzione, allegando copia del contratto o del titolo;

☐ di aver adottato il documento di valutazione dei rischi (D.V.R.) e aver ottemperato agli altri adempimenti previsti dal D. Lgs. 81/2008 e redatto anche il piano di valutazione diretto ai pazienti (rischio clinico)

☐ di aver adottato il documento di adempimento agli obblighi di tutela dei dati personali e sensibili previsti dalla vigente normativa;

☐ di aver acquisito e verificato la regolarità e completezza delle dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità da parte di tutto il personale addetto al servizio in corso di autorizzazione;

☐ di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dalla DGR 88/2017.

☐ di avere Sede legale o operativa in uno dei Comuni rientranti nel Distretto socio-sanitario "Lt/5" …….;

☐ di aver maturato esperienza di almeno cinque anni nel settore dell'Assistenza domiciliare.

☐ Che il Direttore o Responsabile del servizio nella persona di_____ nato a _____il_____qualifica_____

☐ che l'Ente/organizzazione, alla data di presentazione della istanza di accreditamento, ha raggiunto un volume di fatturato pari almeno ad € 1.000.000 (un milione) relativo all'erogazione di servizi socio assistenziali e/o socio sanitari negli ultimi tre anni (2018/2020).

……
……

☐ che la tariffa oraria (comprensiva di IVA) offerta per il servizio di assistenza domiciliare tramite voucher a favore di anziani disabili residenti nell'ambito del distretto lt/5 periodo 1.10.2021 al 30.09.2023 è pari ad € ……..

Luogo, data

IL RAPPRESENTANTE
(O I RAPPRESENTANTI IN CASO DI R.T.I.
O PROCURATORE DELLA SOCIETA')

…….....

<u>N.B.</u>: Alla dichiarazione dovrà essere allegata, pena l'invalidità, copia fotostatica di un valido documento di identità del/i dichiarante/i. La presente domanda, in caso di <u>costituendi</u> RTI o consorzi, ai sensi dell'art. 45, comma 2, sub e), è sottoscritta da tutte le imprese.

Informativa ai sensi vigente normativa sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.