



Allegato A

Progetto "Inclusive Care" – CUP C21H18000100006

**Ufficio di Piano
Ambito Distrettuale Sociale n. 09 Val di Foro
c/o Comune di Francavilla al Mare
Corso Roma, 7
66023 Francavilla al Mare(CH)**

**P.O. FSE 2014-2020 – Asse 2, Obiettivo tematico 9 , Priorità d'investimento 9i, Obiettivo specifico
9.1, Tipologia di Azione 9.1.2 – Scheda intervento n. 23 "Abruzzo Carefamily"
Progetto "Inclusive Care" – CUP C21H18000100006**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ CAP _____

Indirizzo _____

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente):

Con sede legale a _____

CAP _____ Indirizzo _____

Tel. _____ fax _____

e-mail _____ PEC _____

E con sede operativa a _____ in Via _____

Prov _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____

PEC _____

Partita Iva _____

MANIFESTA

l'interesse all'iscrizione nel Catalogo dell'offerta dei servizi a supporto dei caregiver familiari dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 09 Val di Foro per il/i seguente/i servizio/i:



Allegato A Progetto “Inclusive Care” – CUP C21H18000100006

- 1) servizi di caregiver con personale qualificato (ad es. operatore socio-sanitario, assistente familiare, operatore per l’assistenza di base, etc....)
 - 2) servizi di supporto psico/socio/educativo da parte di personale qualificato
 - 3) servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di tipo sociale in termini di ore (sono escluse attività di tipo sanitario), centri diurni, centri di accoglienza e similari
 - 4) servizi di assistenza scolastica per studenti con disabilità (ad es. assistente educativo);
 - 5) rette e servizi a pagamento per attività extrascolastiche e doposcuola, centri ludico ricreativi, centri estivi
 - 6) servizi di cura integrati per le famiglie con programmi strutturati di home visiting, accompagnamento alla nascita, contrasto alla povertà minorile, prevenzione del maltrattamento
 - 7) azioni per l’inclusione abitativa di nuclei familiari in situazione di povertà per l’accompagnamento progressivo all’autonomia alloggiativa
 - 8) Altro tipo di servizio (specificare)
-

Provvedimento autorizzativo:

Atto n. _____ In data _____ Rilasciato da _____

A tal fine, consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l’applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1. **Di avere** la seguente natura giuridica:
 - a) Organizzazione senza scopo di lucro con esperienza almeno triennale nell’inclusione sociale e lavorativa di persone svantaggiate
 - b) Cooperativa Sociale
 - c) Organizzazione di Volontariato
 - d) Organizzazione di promozione sociale
 - e) Organizzazione del Terzo settore nelle diverse tipologie giuridiche
 - f) Organismo di formazione accreditato ai sensi della D.G.R. n.07/2019 Regione Abruzzo



AMBITO SOCIALE
DISTRETTUALE
N. 9 - VAL DI FORO



Allegato A

Progetto "Inclusive Care" – CUP C21H18000100006

**ULTERIORI INFORMAZIONI DELLA STRUTTURA O DEL SERVIZIO
E RELATIVA RAGIONE SOCIALE**

Denominazione della struttura o del servizio e relativa ragione sociale

Via _____ **N. civ.** _____

Città _____ **CAP** _____

Tel. _____ **fax** _____

Mail _____ **PEC** _____

- **Mezzi pubblici di trasporto utili a raggiungere la sede sopra indicata**

- **Tipologia di servizi erogati**

- **Articolazione oraria dei servizi erogati (specificare)**

- **Periodi, giorni di chiusura dell'attività nell'arco di un anno**

- **Organizzazione interna specificando le figure impiegate e il titolo di studio per ogni tipologia di servizio**

Figure impiegate	Titolo di studio

- **Tariffa indicativa per ciascuna tipologia di servizio e fascia oraria del servizio**

Tipo di tariffa (oraria o	Tariffa	Numero di ore per tipo di	Tipologia di servizio
---------------------------	---------	---------------------------	-----------------------



Allegato A

Progetto "Inclusive Care" – CUP C21H18000100006

giornaliera o mensile)		tariffa	

- **Numero di posti/utente ovvero hh/utente e tipologia di servizi offerti ai sensi della seguente procedura**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

resa ai sensi dell'art. 46 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a

Nato/a **il**

C.F. **Residente a**

CAP **Via**

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente)

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art.76 del succitato T.U. per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni e della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del medesimo T.U

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione agli appalti pubblici previsti dall'art. 45 del D. Lgs. 50/2016;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi (DURC) alla data di presentazione della domanda e per tutta la durata del progetto oppure di non essere soggetto all'obbligo poiché (specificare) _____
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dall'articolo 80 D.Lgs. n. 50/2016 e da qualsiasi altra disposizione legislativa e regolamentare;



Allegato A **Progetto “Inclusive Care” – CUP C21H18000100006**

- di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non essendo in stato di scioglimento o liquidazione e non essendo sottoposti a procedure di fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione controllata;

SI IMPEGNA A

- erogare i servizi messi a catalogo emettendo Fattura intestata al Comune di Francavilla al Mare per un importo massimo di € 300,00 applicata in misura del voucher erogato ai soggetti che verranno selezionati dall’Ufficio di Piano dell’Ambito Distrettuale Sociale n. 09 Val di Foro con apposito Avviso;
- di corredare la fattura con la Scheda del servizio erogato, Allegato B, compilata in ogni sua parte;
- comunicare qualsiasi modifica, variazione e revoca di quanto dichiarato nel presente modulo;
- rendersi disponibile, per tutto il periodo di durata dell’inserimento nel catalogo, a qualsiasi richiesta di controlli, di informazioni, di dati, di documenti, di attestazioni o dichiarazioni da parte dell’Ufficio di Piano dell’Ambito. I controlli potranno essere effettuati anche da funzionari dello Stato Italiano e dell’Unione Europea;
- rispettare la normativa lavoristico-previdenziale e a tutela delle condizioni nell’ambiente di lavoro con riguardo ai propri addetti e alle condizioni di salute e sicurezza nell’ambiente di lavoro ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente nonché nel rispetto della contrattazione collettiva di riferimento.

Si allega:

- copia conforme all’originale del provvedimento autorizzativo;
- curriculum con elencate le attività realizzate nell’ultimo triennio alla data del presente avviso;
- documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma e timbro

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Data, ____/____/____

Firma e timbro del Legale Rappresentante
