



Al COMUNE DI MARSCIANO
 Zona Sociale n.4, Ufficio Di Piano
 Via Largo Garibaldi, 1 06055 Marsciano
 Pec: comune.marsciano@postacert.umbria.it

**Istanza di ammissione all'elenco valevole per la Zona Sociale n.4 dell'Umbria per
 l'individuazione di fornitori di prestazioni integrative per soggetti riconosciuti beneficiari del
 Progetto Home Care Premium 2022**

MODELLO di DOMANDA – Allegato A)

Il sottoscritto ¹ , Nome _____	Cognome _____			
C.F._____	Nato/a_____			
Prov. _____, il _____,	residente in _____(____)			
Alla Via _____ n.____	Cap_____			
Legale rappresentante di _____				
Con sede legale in _____(____) n.____	alla Via			
Tel _____	Fax _____			
PEC (obbligatoria) _____				
P. IVA _____	C.F. _____			
Iscrizione C.C.I.A.A. di _____ nr _____				
oppure				
Iscrizione	Albo	regionale	Cooperative	di
_____	nr _____			

CHIEDE/CHIEDONO

(Barcare le opzioni che seguono- SI/NO)

Di ottenere l'iscrizione presso l'elenco dei fornitori di prestazioni integrative per soggetti riconosciuti beneficiari del Progetto Home Care Premium 2022, per l'erogazione delle prestazioni di seguito indicate:

CATEGORIA	ART. 2 AVVI SO	Prestazione	DESCRIZIONE PRESTAZIONE INTEGRATIVA	MISURA	OBBLIGATORI A PER L'ENTE	DISPONIBILITÀ ALL'EROGAZIONE (BARRARE SI/NO)	IMPORTO UNITARIO MAXIMI Iva Incl. (*)
Servizi professionali domiciliari	A	Educatore Professionale	Educatore Professionale	Ore	X	SI NO	23,52
"	A	OSS	OSS	Ore	X	SI NO	23,52
Altri servizi professionali domiciliari	B	Psicologo	Psicologo	Ore	X	SI NO	40,00
"	B	Fisioterapista	Fisioterapista	Ore	X	SI NO	40,00
"	B	Logopedista	Logopedista	Ore	X	SI NO	40,00
Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	C	Centri Socio-Educativi diurni	Centri diurni, centri di aggregazione, centri per l'infanzia	Ore	X	SI NO	25,87
Sollievo	D	Domiciliare	Domiciliare	Ore		SI NO	21,05
Trasferimento assistito	E	Trasferimento assistito	Servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifici e particolari necessità (visite mediche, accesso al centro diurno, ecc), articolati in trasporto collettivo/individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzato e trasporto barellato.	Unità		SI NO	35,00
Supporti	G I.	Supporto 1	protesi e ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti	Unità	X	SI NO	Max 20% budget individuale annuale
Supporti	G II.	Supporto 2	apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi o la masticazione e altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o una infermità	Unità	X	SI NO	Max 20% budget individuale annuale
Supporti	G III.	Supporto 3	poltrone e veicoli simili per invalidi, anche con motore o altro meccanismo di propulsione, compresi i servoscala e altri mezzi simili adatti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impediti capacità motorie	Unità	X	SI NO	Max 20% budget individuale annuale
Percorsi di integrazione scolastica	H	Percorsi di integrazione scolastica	Percorsi di integrazione scolastica	Ore		SI NO	25,00

(*) Il costo delle prestazioni integrative è comprensivo di iva e, le tariffe sopra proposte sono statre assoggettate all'approvazione della Direzione Centrale Credito Welfare e strutture sociali, alla quale spetta la verifica di congruità.

A tal fine, il/i sottoscritto/i, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, informato/i che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA/DICHIARANO

- a) che l'oggetto di attività risultante dall'atto costitutivo e statuto, nonché dal codice di iscrizione alla C.C.I.A.A. è rispondente al Servizio per il quale si chiede l'accreditamento e/o l'iscrizione _____; nel caso di cooperative sociali, indicare il numero di iscrizione sull'Albo regionale _____;
- b) che l'impresa non versa in nessuna delle cause di esclusione previste dall'Avviso pubblico e dalla normativa vigente in materia ed in particolare:
- che nei confronti di _____ (indicare nominativo e qualifica), non è pendente procedimento per l'applicazione delle misure di prevenzione della sorveglianza di cui all'articolo 3 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'art. 10 della Legge 31.05.1965, n. 575;
 - che nei confronti di _____ (indicare nominativo e qualifica), non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale o sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18;
 - ai fini delle verifiche in materia antimafia 1) di essere in posizione regolare circa la vigente normativa antimafia (D.Lgs. 6.9.2011 n. 159 - Codice antimafia), poiché nei propri confronti non sussistono cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 159/2011, 2) di non avere carichi pendenti e di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II, IX, XI, XII e XIII del codice penale (o se soggetto, che per gli stessi è intervenuta la riabilitazione);
 - di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge n°68/99);
 - Di essere in regola con gli adempimenti in materia di contributi sociali e previdenziali a favore dei lavoratori dipendenti, ex L.266/02 e secondo la legislazione vigente.
 - Di ottemperare agli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D.Lgs. 626/94 e ss.mm.e ii.
- c) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) di essere autorizzata all'esercizio del servizio poiché in possesso del seguente titolo abilitativo (specificare) _____;
- d) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) di aver maturato un'esperienza di almeno un anno nell'ambito dell'erogazione di prestazioni socio-assistenziali domiciliari per conto di Enti pubblici;
- e) di rispettare i contratti di lavoro, gli inquadramenti professionali e le norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;
- f) di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale, nazionale e comunitaria per la partecipazione a procedure per l'affidamento di contratti pubblici;
- g) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) di essere in possesso della certificazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001- 2008 (rilasciato da organismo di certificazione accreditato), o certificato equivalente alla certificazione;
- h) di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- i) a rispettare la normativa vigente per la prevenzione del contagio da Covid-19 e, provvedere ai dispositivi individuali per la limitazione della diffusione del contagio.

IN CASO DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI SOGGETTI EROGATORI,
il/i sottoscritto/i
SI IMPEGNA/IMPEGNANO

- j) a rispettare il contenuto dell'avviso pubblico, del quale si dichiara di avere piena conoscenza ed accettazione, nonché delle disposizioni contenute nel bando HCP 2022 e nell'avviso HCP 2022 rivolto agli ambiti territoriali, per tutta la durata del progetto stesso (01 Luglio 2022 – 30 Giugno 2025), incluse eventuali proroghe;
- k) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) ad offrire le prestazioni previste dal progetto individualizzato in favore degli utenti residenti nei Comuni della zona sociale 11, sulla base della scelta del soggetto erogatore da questi effettuato;
- l) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) a fornire ai propri operatori tutti i mezzi, gli strumenti e gli ausili necessari ad un'adeguata erogazione dell'intervento secondo quanto previsto dalle norme vigenti, per l'espletamento delle mansioni, nonché per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- m) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) a garantire, per quanto possibile, la continuità del rapporto operatore - utente;
- n) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) a garantire la sostituzione tempestiva degli operatori con altri aventi la stessa qualifica;
- o) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) a fornire una dotazione quantitativa e qualitativa di figure professionali stabili dotate di profilo coerente con quanto richiesto per il tipo di prestazione;
- p) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) ad adottare adeguati strumenti per il coordinamento e la supervisione delle attività;
- q) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) ad adottare un sistema interno di monitoraggio e valutazione dei servizi erogati;
- r) (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) ad accettare le modalità di verifica di corretta esecuzione delle prestazioni, ivi inclusa la rilevazione della *customer satisfaction*, da parte degli uffici competenti degli uffici preposti e dall'INPS.
- s) ad effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili nel pieno rispetto della normativa sulla privacy, a norma del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni;

ALLEGÀ

(barrare le voci interessate)

- copia del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità, datato e firmato;
- copia dell'atto costitutivo o dello statuto **aggiornati** dell'Ente per cui si rende la domanda con oggetto sociale compatibile con l'area ed il servizio/i di cui si propone l'erogazione, resa conforme dal legale rappresentante dell'organismo;
- (*per le sole prestazioni di assistenza domiciliare e/o scolastica*) attestazione possesso della certificazione dei Sistemi di Gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001-2015 (rilasciato da organismo di certificazione accreditato), o certificato equivalente alla certificazione;
- Carta dei servizi della Ditta/Cooperativa;
- Attestazione Iscrizione C.C.I.A.A. / registro regionale Cooperative;

Data _____

(Timbro e firma del legale rappresentante dell'ente dichiarante)

DICHIARA INFINE

Di consentire al trattamento dei dati e di essere informato che i dati contenuti nella presente dichiarazione sono raccolti e trattati per i soli fini inerenti il presente avviso pubblico e che in relazione ai dati forniti il trattamento è effettuato ai sensi del D. Lgs. 10/08/2018 n. 101, recante “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). (18G00129) (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018)”.

Data _____

(Timbro e firma del legale rappresentante dell’ente dichiarante)