

**DOMANDA PER L'ACCREDITAMENTO ED ISCRIZIONE DEI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE EROGATORI DEI SERVIZI DI CURA AI NON AUTOSUFFICIENTI AVENTI SEDE NEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 3.**

**Al Distretto Distretto Socio-Sanitario n. 3 di Taurianova**

**Comune Capofila Taurianova**

## Ufficio di Piano

*P.zza Libertà, 2 – 89029 Taurianova*

*Tel. 0966618025/33 – Fax 0966618056*

*PEC [servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it](mailto:servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it)*

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a

---

 nato/a

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via n. tel.

in qualità di Legale rappresentante o delegato) dell'Associazione/Cooperativa/Consorzio/ecc...

con sede legale a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

pec

mail

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

ai sensi del vigente “Regolamento distrettuale per l’accreditamento dei soggetti del terzo settore ai fini dell’affidamento dei servizi a favore dei soggetti non autosufficienti” (si considerano soggetti del terzo settore quelli individuati dalla Legge N. 23/2003 nonché quelli elencati dal DPCM del 30/03/2001 e riconosciuti ai sensi delle rispettive leggi), di potersi accreditare all’“Albo dei Soggetti che svolgono servizi per i non autosufficienti”, di cui al suddetto Regolamento, istituito presso il Distretto Socio Sanitario n. 3, con sede in Taurianova, Piazza Libertà, n.2.

A tal fine il/la sottoscritto/a, avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità, con riferimento specifico al/i servizio/i che si richiede di autorizzare, come sopra individuato/i

### **DICHIARA**

- i. di essere in regola con i principi che disciplinano i rapporti tra gli Enti ed i soggetti del Terzo Settore, ai sensi delle direttive statali e regionali in materia (art. 11, 2° comma, lett. d) ed e) della L.R. N° 23/2003 e dell’art. 14 della medesima legge, nonché quelli elencati dal DPCM del 30/03/2001 e riconosciuti ai sensi delle rispettive leggi) e precisamente di essere regolarmente iscritto al n. \_\_\_\_\_ del relativo Albo \_\_\_\_\_ per la seguente attività:  
\_\_\_\_\_
- ii. di essere iscritto al registro delle imprese presso C.C.I.A.A. con oggetto di attività rispondente al servizio di assistenza domiciliare: \_\_\_\_\_
- iii. di non trovarsi in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione di attività;
- iv. di non trovarsi nelle condizioni di divieto, decadenza o sospensione previste dall’art.10 della legge 575/1965;
- v. di possedere i requisiti di ordine generale di cui all’art. 38 del D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
- vi. di applicare al proprio personale i CCNL di settore rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro;
- vii. di rispettare gli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei propri lavoratori (DURC);
- viii. di rispettare gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse;
- ix. di avere posizione regolare rispetto agli obblighi ed agli adempimenti previsti in materia di diritto al lavoro dei soggetti diversamente abili di cui alla legge 68/1999;

### **DICHIARA INOLTRE**

- a) di disporre di sede operativa nel Distretto, dotata di telefono, fax e collegamento di posta elettronica, nonché adeguata e funzionale per una congrua organizzazione dei servizi;
- b) di avere almeno sei mesi di esperienza nel settore (servizi domiciliari) per conto di enti pubblici e/o privati, maturato nell'ultimo triennio, antecedente alla data di scadenza dell'avviso di accreditamento. In caso di raggruppamento temporaneo di impresa l'esperienza potrà essere dimostrata cumulando i servizi svolti dai singoli soggetti facenti parte del raggruppamento;
- c) di aver avuto, nell'ultimo triennio, un fatturato non inferiore ad Euro 50.000,00 ed utile di esercizio, nell'ultimo anno, non inferiore ad Euro 3.000,00;
- d) di garantire, fin dalla data di sottoscrizione del Patto di Accreditamento, le figure professionali secondo gli standard, competenti e con specifico titolo professionale e il loro adeguato inquadramento contrattuale, nonché la presenza di una figura professionale con compiti di segretariato sociale e di coordinamento organizzativo;
- e) di garantire programmi di aggiornamento e formazione per i propri dipendenti o associati per un minimo di 15 ore all'anno di formazione e/o supervisione del personale impiegato;
- f) di garantire la previsione di criteri organizzativi comprensivi di modalità adottate per il turn-over, di modalità di erogazione del servizio, tempi dell'intervento, criteri di monitoraggio e valutazione delle attività (customer satisfaction), ed eventuali servizi migliorativi oltre a quelli previsti nell'avviso pubblico (specificare \_\_\_\_\_), nonché di garantire la previsione di modalità di partecipazione degli utenti e dei loro familiari alla gestione e alla valutazione del servizio, nonché il rispetto dei diritti degli utenti riconosciuti da convenzioni internazionali, da disposizioni a tutela dei consumatori e dalle carte dei servizi;
- g) di garantire copertura assicurativa RC per gli utenti e per tutti gli operatori dipendenti e collaboratori per rischi di responsabilità civile e per infortuni sul lavoro, con corretto inquadramento ai fini previdenziali e assistenziali (INPS e INAIL).

#### **SI IMPEGNA**

qualora non già in possesso della Carta dei Servizi, a realizzarla nel termine di un mese dall'accREDITAMENTO, pena la decadenza dell'accREDITAMENTO stesso, con l'indicazione della tipologia delle prestazioni da erogare, delle modalità di collaborazione con la Committenza per elaborazione e attivazione dei progetti e/o prestazioni, delle modalità di erogazione del servizio e delle condizioni per facilitare la valutazione del servizio da parte di utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, garantendo altresì di informare l'utenza sul proprio catalogo d'offerta o tipologia di prestazioni erogate, sulle finalità o mission, sui criteri di accesso alle prestazioni, sul funzionamento ed organizzazione dei servizi, sull'analisi dei processi di lavoro, sugli indicatori di qualità, sulle modalità di valutazione della qualità percepita, sulle procedure per la tutela degli utenti.

#### **ALLEGA ALLA PRESENTE**

- Copia dell'atto Costitutivo e dello Statuto;
- Copia dell'ultimo bilancio depositato;

- Carta dei Servizi, ovvero Dichiarazione di impegno a presentarla nel termine di un mese dall'accreditamento;
- Progetto socio-assistenziale;
- Copia del documento di identità;
- Formale delega (*nel caso di soggetto che agisce in nome e per conto del legale rappresentante*).

### **DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO**

ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, sulle finalità e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Distretto Socio-Sanitario n. 3 - Ufficio di Piano di Taurianova (RC), titolare della banca dati e del relativo trattamento, secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

#### *Note*

*L'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario n. 3 richiederà, a verifica della completezza della domanda, le necessarie integrazioni, fissando un termine entro cui adempiere. Trascorso tale termine, se la documentazione non sarà completa ed esaustiva, il procedimento verrà concluso d'ufficio con diniego della presente domanda.*

*Ai sensi dell'art. 38, DRP 445/2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via pec, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta a: Distretto Socio-Sanitario N. 3 di Taurianova – Ufficio Di Piano – Piazza Libertà, 2 – 89029 Taurianova (RC) – Fax: 0966/618056 – Pec: [servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it](mailto:servizisociali.comune.taurianova@asmepec.it)*