# 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;

o

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.

o

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

o

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;

o

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

o

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

o

□ 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')

….……………………...........................................

# *N.B.: 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 costituendi 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.*