

Al Coordinatore del Distretto Socio Sanitario n.50

Pec: distrettosociosanitario50@pec.comune.trapani.it

Oggetto: ISTANZA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO UNICO DISTRETTUALE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE ACCREDITATI PER L'ESPLETAMENTO DEI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIOSANITARI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.50. SERVIZI FINANZIATI A VALERE SUI PAC ANZIANI E INFANZIA – FONDO POVERTÀ' - FNPS - PIANO DI ZONA -FNA DISABILITA' GRAVE MINORI E ADULTI – VITA INDIPENDENTE – PNRR MISURA 5 C.2 INTERV. I.I.1- I.I.2 - I.2 E ALTRI FONDI COMUNITARI – NAZIONALI E REGIONALI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a (_____) il _____

residente a _____ via n. _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

in qualità di Rappresentante Legale dell'Ente _____

con sede legale in _____ (____) _____

Via _____ N. cap. _____

Partita IVA n. _____ tel. _____

e-mail _____

CHIEDE

Che l'Ente _____ venga iscritto nell'elenco/albo Unico degli Enti accreditati con esperienza specifica **PER L'ESPLETAMENTO DEI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIOSANITARI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.50** nel rispetto delle diverse progettualità finanziate e attivate dal distretto socio sanitario 50 e nello specifico per la/le categoria/e (segnare con una X in corrispondenza dell'area tematica scelta e inserire

N.	AREE TEMATICHE	SERVIZI	
I	MINORI	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza Educativa Domiciliare - Sostegno Educativo Scolastico - Centri di Aggregazione Giovanile - Spazio Gioco - Servizio Nido e Micronido (gestione mista Pubblico/Privata) - Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini (PNRR) - attività coordinate e finalizzate a garantire la realizzazione di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione 	
2	DISABILI	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza all'Autonomia e alla Comunicazione (ASACOM) - Assistenza Domiciliare Handicap - Assistenza Educativa Domiciliare - Sostegno Educativo Scolastico - Trasporto Sociale - Servizio Trasporto Disabili - Servizi per la Disabilità Grave e Gravissima - Percorsi di autonomia per persone con disabilità in età lavorativa - attività coordinate e finalizzate a garantire la realizzazione di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione per minori disabili gravi 	
3	ANZIANI	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI/CDI) - Assistenza Domiciliare non Integrata (ADA/SAD) - Autonomia degli anziani non autosufficienti (PNRR) - Percorsi e attività socio ricreative orientate a favorire l'invecchiamento attivo 	
4	RESPONSABILITA' FAMILIARI	<ul style="list-style-type: none"> - Centri per le famiglie - Sostegno alla genitorialità - Servizi Affidi e Adozioni 	
5	CONTRASTO ALLA POVERTA'	<ul style="list-style-type: none"> - Tirocini di Inclusione Sociale; Pronto Soccorso Sociale; - Assistenza Educativa Territoriale per supporto all'inclusione sociale di giovani e adulti; - Servizi di protezione sociale (sostegno alla casa – dormitori – ricovero di emergenza – mensa sociale); 	
6	DIPENDENZE PATOLOGICHE	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi di contrasto alle Ludopatie - Servizi di contrasto all'Alcolismo/Droghe - Percorsi di accompagnamento all'inserimento lavorativo. 	

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni, nonché della

decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art.75 dello stesso D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- 1) Denominazione dell'Ente _____;
- 2) Forma giuridica dell'Ente _____;
- 3) Che i dati anagrafici del Rappresentante Legale e dei Componenti il Consiglio di Amministrazione sono i seguenti:

Nominativi	Luogo e data di nascita	Residenza (via, n. civ. e città)	Carica Sociale	Scadenza carica

- 4) Di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'articolo 94 e successivi e ss. e possesso dei requisiti di cui all'art. 100 del D. Lgs n. 36/2023 di cui allega dichiarazione secondo modello fornito sottoscritta digitalmente;
- 5) Di non avere esercitato negli ultimi tre anni poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2 del D.Lgs. n.165/2001;
- 6) Che l'Ente è iscritto nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ al n. _____ dal _____;
- 7) Che l'Ente _____ è iscritto all'Albo regionale di cui all'art.26 L.R.N.22/86 o ad altro albo a carattere comunitario, Nazionale o Regionale con caratteristiche simili;

per le seguenti sezioni e tipologie:

- 8) Che l'Ente applica ai dipendenti il C.C.N.L. di categoria;
- 9) Che l'Ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali INPS e INAIL (DURC) e che lo stesso è in corso di validità e di possedere la correttezza delle posizioni previdenziali comprovata da idonea autocertificazione e dimostrabile in qualunque momento a richiesta, precisando che i numeri di matricola o iscrizione sono i seguenti:

- INPS _____
- INAIL _____

- 10) Che l'ente è in possesso dell'iscrizione all'apposito Registro Unico Nazionale del Terzo Settore e/o all'apposito registro nazionale delle ONLUS detenuto dall'Agenzia delle Entrate;
- 11) che il regime fiscale prescelto è il seguente _____;
- 12) Di rispettare le norme del codice in materia di protezione dei dati personali (GDPR Regolamento 2016/679);
- 13) Di assumersi tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art.3 della L.n.136/2010 e successive modifiche ed integrazioni;
- 14) Che lo scopo sociale dell'Ente desumibile dallo Statuto e dall'Atto Costitutivo è coerente con l'attività oggetto dell'accREDITamento per la specifica categoria richiesta;
- 15) Che l'Ente è in possesso della carta dei servizi, che allega in copia alla presente;
- 16) Che l'Ente è in possesso di documentata esperienza di almeno 12 mesi consecutivi, precedenti la domanda di accREDITamento, maturata nell'ultimo triennio, nello specifico settore oggetto delle attività per cui si chiede l'accREDITamento e precisamente _____;
- 17) Che l'Ente è in possesso di documentata solidità economica e finanziaria comprovabile attraverso l'esibizione di idonea dichiarazione bancaria rilasciata da istituto bancario o intermediario autorizzato ai sensi del D.Lgs. n.385/93 o di ogni altra specifica documentazione (che si allega);
- 18) Che l'ente possiede un organico operatori qualificati, di cui si impegna a trasmettere elenchi completi di CV all'atto della sottoscrizione del Patto di AccREDITamento, in possesso dei requisiti professionali idonei allo svolgimento dei servizi per cui ne chiede l'accREDITamento;
- 19) che l'Ente si impegna a fornire interventi quali- quantitativi nel rispetto delle clausole e delle condizioni previste nel patto di accREDITamento (produzione carta dei servizi/altri adempimenti di cui all'art.13 Legge n.328/2000, etc. secondo le condizioni previste fin dalla data di sottoscrizione del patto di accREDITamento);
- 20) Che l'ente si impegna a garantire la copertura assicurativa RC per tutti gli operatori dipendenti e collaboratori per rischi e responsabilità civile e per gli infortuni sul lavoro, con corretto inquadramento ai fini previdenziali e assistenziali esonerando l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone o alle cose a seguito dell'attività;
- 21) Di rispettare gli adempimenti e delle norme previste dalla legge 81/2008 in ordine alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- 22) Che l'ente si impegna ad attuare quanto contenuto nell'allegato Progetto socio-assistenziale redatto dall'Ente, da cui si evincono i criteri organizzativi comprensivi di modalità adottate per il turn-over, le modalità di erogazione del servizio, i tempi dell'intervento, i criteri di monitoraggio e valutazione delle attività, ed eventuali servizi migliorativi;
- 23) che L'Ente si impegna a rispettare i Disciplinari operativi di progetto DOP contenente le informazioni del finanziamento e gli estremi CUP – CIG , atto di impegno, modalità organizzative particolari previste dall'Ente finanziatore;
- 24) Che l'Ente altresì si impegna a garantire l'erogazione del servizio secondo le esigenze preventivamente rappresentate dagli interessati e/o dai loro familiari nonché nel rispetto di quanto indicato nel piano di cura stabilito dagli enti preposti;

25) Di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettarne espressamente ed incondizionatamente le condizioni indicate compresa la competenza esclusiva, in caso di controversia del Foro di Trapani.

Altresì CHIEDE

che ogni comunicazione relativa alla presente istanza sia comunicata al seguente indirizzo: _____

tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Trapani, li _____

FIRMA

Si allega:

- Copia del documento d'identità del legale rappresentante dell'ETS richiedente l'accreditamento ed iscrizione all'Albo;
- Copia dello Statuto e dell'Atto Costitutivo dell'ETS;
- Copia Certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A.;
- iscrizione all'apposito registro nazionale delle ONLUS detenuto dall'Agenzia delle Entrate e/ o Registro Unico Nazionale del Terzo Settore
- iscrizione all'Albo regionale di cui all'art.26 L.R.N.22/86 nella sezione minori - tipologia – assistenza domiciliare o ad altro albo a carattere Comunitario, Nazionale o Regionale con caratteristiche simili;
- Dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, a firma del legale rappresentante, con allegata fotocopia del documento di riconoscimento, inerente il possesso dei requisiti di ordine generale per la stipula dei contratti pubblici di cui all'art. 94 e successivi del D.lgs. 36/2023 (secondo modello);

Si trasmette altresì:

- Documentazione comprovante la solidità economica e finanziaria dell'Ente (referenze bancarie/attestazione di solidità economico-finanziaria da parte di un Istituto di Credito; copia Bilancio di Esercizio ultimo depositato);
- Carta dei Servizi dell'ETS;
- “Progetto socio–assistenziale” redatto dall'ETS contenente i criteri organizzativi comprensivi di modalità adottate per i turn-over, le modalità di erogazione dei servizi, i tempi dell'intervento, i criteri di monitoraggio e valutazione delle attività, ed eventuali servizi migliorativi inerenti all'Area Tematica - Obiettivi di Servizio - Aree di intervento per il quale si richiede l'Accreditamento. Nel piano dovranno essere descritte la tipologia e le modalità organizzative e gestionali del servizio adottate in favore degli utenti nonché la descrizione degli elementi qualitativi dello stesso, tenendo conto dei tempi di attivazione del servizio dalla data di scelta

effettuata dell'utente beneficiario; strumenti di valutazione della qualità del servizio quali possesso di strumenti consolidati di verifica dei risultati, coinvolgimento degli utenti tramite valutazione periodica; Mezzi e strumenti che si utilizzeranno nell'erogazione del servizio all'utente; procedure di gestione reclami e di rimozione delle cause del disservizio;

- Documentazione comprovante l'esperienza maturata, della durata di almeno **n.12** mesi continuativi nell'ultimo triennio, precedenti la domanda di accreditamento, nella gestione dei servizi rientranti nelle Aree Tematiche di Intervento di cui all'art.1, per i quali si richiede l'accreditamento, per attività svolte in favore di Enti Pubblici;
- Dichiarazione di impegno a rispettare quanto previsto ai **Requisiti Specifici** per l'area Tematica per la quale si richiede l'Accreditamento di cui all'art.6 del presente Avviso;
- Copia dello schema di Patto di Accreditamento per l'erogazione del servizio, sottoscritto per accettazione

Trattamento dati personali

Il Comune di Trapani, in qualità di Titolare del trattamento, informa gli interessati che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione al presente bando avverrà in esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il trattamento dei dati è effettuato con modalità prevalentemente informatiche e telematiche. I dati conferiti sono dati comuni (es. nome e cognome, recapito telefonico, e-mail, etc.), dati particolari (es. salute, condizione di disabilità, etc.) e dati relativi a condanne penali e reati. I dati saranno trattati dal Distretto Socio sanitario 50 presso il Comune di Trapani o altri soggetti espressamente nominati quali responsabili del trattamento, per le finalità sopra riportate. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non sono comunicati a terzi, né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione Europea. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla definizione di quanto richiesto dall'utente o quanto previsto dalla procedura e sono successivamente conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati sono conservati ai sensi dell'art. 5, par. 1, lett. e) del Regolamento (UE) 2016/679 in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco temporale di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati. Alcuni dati saranno pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale del Comune di Trapani per l'adempimento degli obblighi previsti in materia di anticorruzione e trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013 e s.m.i. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dalla Civica Amministrazione, nei casi previsti, l'accesso ai dati e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt.15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679). L'apposita istanza è presentata al DPO (Data Protection Officer) del Comune di Trapani Ivano Pecis – email: ivano.pecis@ip-privacy.it / ipartners@pec.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti sia avvenuto in violazione di quanto previsto dalla disciplina in materia di protezione dei dati personali hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art.77 del Regolamento (UE) 2016/679 o di adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi del successivo art.79 del citato Regolamento.

DATA _____

FIRMA DIGITALE