



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.1

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO/ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI SOGGETTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI ALLA PERSONA NEI COMUNI DEL DISTRETTO RM 5.1

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A A

PROV

IL

RESIDENTE IN

PROV

CAP

CITTADINANZA

TEL

C.F.

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA:

C.F.

CON SEDE LEGALE IN

PROV

CAP

INDIRIZZO

N.

PEC

TEL

CHIEDE

L'ISCRIZIONE NEL REGISTRO DELL'ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI ALLA PERSONA DEL DISTRETTO RM 5.1 SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA DGR LAZIO n. 223/2016 E DALLA DELIBERA DEL CONSIGLIO COMUNALE DI MONTEROTONDO (Capofila del Distretto) n. 29/2021

A TAL FINE, CONSAPEVOLE CHE LE SEGUENTI DICHIARAZIONI VENGONO RILASCIATE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000 E DELLE SANZIONI PREVISTE PER IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI, CON LA CONSAPEVOLEZZA CHE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL DPR 445/2000

DICHIARA

CHE LA SEDE REFERENTE NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO RM 5.1 DICHIARATA AI SENSI DELL'ART. 4 COMMA 2 DEL REGOLAMENTO COMUNALE SULL'ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI ALLA PERSONA E' LA SEGUENTE:

COMUNE DI

INDIRIZZO

N.

CAP

TEL.

MAIL

Che la tipologia di Servizio socio-assistenziale alla persona, come definite all'art. 19 comma 1 del Regolamento Distrettuale, per la quale si richiede l'iscrizione è / sono la/le seguenti: (è possibile selezionare più di una tipologia)

SERVIZI PER ANZIANI

RESPONSABILE: COGNOME

NOME

NATO A

PROV

IL

C.F.

TELEFONO:

MAIL:

IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

I

CONSEGUITO IN DATA

PRESSO:

CON SEDE IN

SERVIZI PER MINORI

RESPONSABILE COGNOME

NOME

NATO A

PROV

IL

C.F.

IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

CONSEGUITO IN DATA

PRESSO:

CON SEDE IN

TELEFONO RESPONSABILE:

MAIL RESPONSABILE :

SEVIZI PER PERSONE CON DISABILITA'

RESPONSABILE: COGNOME

NOME

NATO A

PROV

IL

C.F.

IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

CONSEGUITO IN DATA

PRESSO:

CON SEDE IN

TELEFONO RESPONSABILE:

MAIL RESPONSABILE:

SERVIZI PER DISAGIO PSICO-SOCIALE

RESPONSABILE : COGNOME

NOME

LUOGO NASCITA

PROV

IL

C.F.

IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

CONSEGUITO IN DATA

PRESSO:

CON SEDE IN

TELEFONO RESPONSABILE:

MAIL RESPONSABILE:

SEZIONE RISERVATA ALLA EVENTUALE DICHIARAZIONE DI GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN FORMA ASSOCIATA (ATI VERTICALE) CON ALTRA/E IMPRESE CHE ABBIANO CHIESTO L'ISCRIZIONE AL REGISTRO PER LA/LE MEDESIMA/E SEZIONE/I

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

Che il Servizio socio-assistenziale alla persona, per la quale si richiede l'iscrizione **sarà svolto in forma Associata (ATI J9FH75 @) con altra# impresa# iscritta# al Registro**, come di seguito specificato:

SERVIZI PER ANZIANI:

MANDATARIO: C.F.

MANDANTE: C.F.

MANDANTE: C.F.

SERVIZI PER MINORI

MANDATARIO: C.F.

MANDANTE: C.F.

MANDANTE: C.F.

SERVIZI PER PERSONE CON DISABILITA'

MANDATARIO: C.F.

MANDANTE: C.F.

MANDANTE: C.F.

SERVIZI PER DISAGIO PSICOSOCIALE:

MANDATARIO: C.F.

MANDANTE: C.F.

MANDANTE: C.F.

SI DICHIARA ALTRESI' CHE VERRA' 5 @@; 5 HC'5 @@ 'DF9G9BH9'8 CA5 B85' @5 HHC' 7 CGHHI HJC'89 @ @5 H=7 CA9'DF9J-GHC' 85 @.'ART 95'7 CAA5'5 XY'8 DF')) (#% -- (SCITTURA PRIVATA AUTENTICATA DAL NOTAIO)

DICHIARA ALTRESI'

- Di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di cui all'art. 80 D.lgs. 50/2016, come modificato dall'articolo 49 del D.lgs. 56/2017.
- Di non trovarsi in alcuna condizione di decadenza, sospensione o divieto a contrarre rapporti con la Pubblica Amministrazione secondo le normative antimafia vigenti
- Di accettare tutte le condizioni stabilite nelle normative Regionali e Comunali di riferimento avendone presa visione
- Di essere consapevole che dall'eventuale accreditamento non deriva alcun obbligo per il Distretto RM 5.1 alla stipula di convenzioni
- Di impegnarsi a rispettare integralmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente in relazione ai contenuti e alle modalità di svolgimento delle attività affidate (tutela privacy, norme comportamentali, norme di sicurezza, contratti di lavoro e accordi integrativi per il personale dipendente.)
- Di aver preso visione del Regolamento per l'accreditamento e l'iscrizione nel registro dei Soggetti Gestori che erogano dei Servizi servizi socioassistenziali nei comuni del Distretto Rm 5.1 (Del. G.C. Comune di Monterotondo - Capofila Distretto Rm 5.1 n. 29 del 24.06.2021) e di impegnarsi a rispettarne integralmente i contenuti
- Che il Responsabile e gli operatori impiegati nel Servizio non sono stati condannati con sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero non hanno procedimenti penali in corso per reati di cui al titolo IX (Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume), al capo IV del titolo XI (Dei delitti contro la famiglia) e al capo I e alle sezioni I, II e III del capo III del titolo XII (Dei delitti contro la persona) del Libro secondo del codice penale.
- Che tutti gli operatori possiedono idoneità psico-fisica per le mansioni da svolgere, attestata da idonea certificazione sanitaria
- Che tutti gli allegati alla presente domanda sono veritieri e presentati in copia originale o conforme all'originale
- Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione gestionale o strutturale e del Legale rappresentante per l'inserimento nella banca dati consultabile on line sul sito del Comune di Monterotondo
- Si impegna a fornire la valutazione annuale del servizio come previsto dalla DGR 130/2018 sezione 3.1 e 3.2

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- Di autorizzare il libero accesso nei luoghi di svolgimento delle attività da parte di personale dipendente o comunque espressamente autorizzato dall'Ufficio di Piano del Distretto RM 5.1, per lo svolgimento dei compiti di verifica e di controllo che ad essi competono
- Di autorizzare la diffusione di tutte le informazioni fornite relativamente alla propria attività e al contenuto dei servizi presentati nel rispetto delle norme di legge
- Di individuare come proprio referente, per qualsiasi comunicazione inerente all'oggetto dell'accreditamento, il Responsabile del Servizio così come meglio identificato nelle pagine precedenti

ULTERIORI DICHIARAZIONI RILASCIATE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A A PROV IL

RESIDENTE IN PROV CAP

CITTADINANZA TEL

C.F.

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA:

C.F. CON SEDE LEGALE IN

PROV CAP INDIRIZZO N.

PEC TEL

DICHIARA

che l'Impresa è iscritta nel Registro della Camera di Commercio, Industria, Artigianato - Ufficio registro delle Imprese o Albo delle Imprese artigiane, al numero dal data dichiarazione inizio attività: attività esercitata:

;

che trattasi di Onlus iscritta all' Anagr. Unica Tributaria in data al numero per la categoria

che la Cooperativa Sociale è iscritta:

all'Albo istituito presso la D.G. del Ministero delle Attività Produttive ex D.M.23/06/2004

all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali

altro Albo (Specificare)

al Registro Prefettizio delle Cooperative

che l'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate presso il quale l'impresa è iscritta è il seguente

Si allega alla presente domanda:

- copia del documento del dichiarante titolare o legale rappresentante
- Progetto Globale Operativo del/i Servizio/i per i quali si chiede l'accreditamento
- Copia del Certificato di iscrizione in CCIAA (Autocertificabile)
- Questionario/scheda per la rilevazione della soddisfazione dei servizi per ospiti e/o familiari
- Elenco del personale operante ad ogni livello del Servizio firmato dal titolare/legale rappresentante con l'indicazione della tipologia contrattuale e corredato dai relativi c.v., sottoscritti dal personale
- Programma annuale di aggiornamento diversificato per tipologie professionali con la previsione delle tematiche di aggiornamento, con specifico riferimento alle diverse figure professionali le tempistiche e la specificazione degli enti o dei docenti formatori
- Eventuale Certificato di qualità UNI EN ISO
- Eventuale atto costitutivo dell'ATI Verticale (scrittura privata autenticata) ai sensi dell'art 95 comma 5 DPR 554/99
- Altri documenti ritenuti utili per illustrare il possesso dei requisiti di qualità dei Servizi

TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - GDPR, si informa che i dati personali rilasciati con la compilazione del presente modulo verranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento

Il Titolare del Trattamento dei dati rilasciati per la partecipazione alla presente procedura il Comune di Monterotondo

Il Responsabile del Trattamento è il Coordinatore protempore dell'Ufficio di Piano

La presente domanda di iscrizione, corredata della relativa documentazione allegata dovrà essere inviata esclusivamente mezzo pec all'indirizzo:
comune.monterotondo.rm@pec.it

Data

FIRMA DIGITALE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE