

Ambito Territoriale Sociale n. 4

Comune Capofila Melito di Porto Salvo

Ufficio di Piano

s.comunedimelitodiportosalvo@apogeopec.it

ISTANZA PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ORGANISMI DEL TERZO SETTORE IDONEI ALL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Il sottoscritto

Cognome e Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Comune di residenza	
via/piazza e n. civico	
Provincia e Cap.	
nella sua qualità di legale rappresentante dell'ETS	
codice fiscale/ partita I.V.A.	
Sede legale	
Indirizzo	
Domicilio fiscale	
Indirizzo	
Sede operativa	
Indirizzo	
Telefono	
PEC	
e-mail	

Contatti di riferimento per le comunicazioni inerenti alla procedura in oggetto:

Nominativo referente	
Telefono	
PEC	
e-mail	

DICHIARA

- 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: _____;
- di essere iscritto al registro delle imprese presso C.C.I.A.A. con oggetto di attività rispondente al servizio di assistenza domiciliare: _____;
- di essere in possesso di Provvedimento di autorizzazione al funzionamento ai sensi dell'articolo 14 della DGR 503/2019 e ss.mm.ii. rilasciato da uno degli ATS della regione Calabria;
- | | |
|---------------------------|--|
| Estremi del provvedimento | |
| Rilasciato dal comune di | |
- di essere in possesso di Provvedimento di accreditamento ai sensi dell'articolo 19 DGR 503/2019 e ss.mm.ii. rilasciato da uno degli ATS della regione Calabria in corso di validità;
- | | |
|---------------------------|--|
| Estremi del provvedimento | |
| Rilasciato dal comune di | |
- di avere visionato e di accettare in ogni sua parte e senza riserva alcuna, l'avviso pubblico relativo alla presente procedura;
- di avere visionato e di accettare in ogni sua parte e senza riserva alcuna, il Patto di Accreditamento relativo alla presente procedura;
- di possedere i requisiti richiesti per l'accreditamento, come riportati nell'Avviso medesimo;

DICHIARA

- ☐ di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste dall'art. 94 co. 1 e 2 del d.Lgs 36/2023 disposte nei confronti dei soggetti indicati dal co. 3 e 4 del medesimo articolo;
- ☐ di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste dall'art. 94 co. 5 e 6 del d.Lgs 36/2023;
- ☐ di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione previste dall'art. 95 del d.Lgs 36/2023;
- ☐ di trovarsi in una delle cause di esclusione previste dall'art. 94 e seguenti del d.Lgs 36/2023;

Dettagliare

SI IMPEGNA

- a osservare gli obblighi dei soggetti accreditati, come riportati nell'Avviso Pubblico;
- a sottoscrivere il Patto di Accreditamento;
- a realizzare il progetto di assistenza secondo i PAI;
- a garantire la continuità del servizio;
- a non ricusare la prestazione a favore dei soggetti fruitori degli assegni assistenziali (*voucher*) senza preventiva motivata comunicazione al Comune Capofila e relativa autorizzazione da parte del medesimo Comune;
- a non cedere in subappalto tutti o parte dei servizi per i quali si è accreditato;
- a comunicare al Comune Capofila ogni variazione dei requisiti di accreditamento;

DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO

Ai sensi e per gli effetti del regolamento (UE) n. 2016/679 GDPR, sulle finalità e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno trattati da parte dell'Ambito Territoriale di Melito di Porto Salvo, titolare della banca dati e del relativo trattamento, secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

ALLEGA ALLA PRESENTE, PENA INAMMISSIBILITA':

- Provvedimento di autorizzazione al funzionamento ai sensi dell'articolo 14 della DGR 503/2019 e ss.mm.ii. rilasciato da uno degli ATS della regione Calabria;
- Provvedimento di accreditamento ai sensi dell'articolo 19 DGR 503/2019 e ss.mm.ii. rilasciato da uno degli ATS della regione Calabria in corso di validità;
- Carta d'identità del dichiarante;
- Mod. Autocertificazione Antimafia;
- Mod.Tracciabilità dei flussi finanziari;

Data _____

Firma

Note:

L'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale 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.