

DOMANDA ACCREDITAMENTO

Spett.le Azienda Speciale Consortile Medio Olona,
Servizi alla Persona
Via Italia 151, 22050 Marnate

OGGETTO: Domanda di Accredimento per il Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani, Disabili e Adulti Fragili

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente in _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante/ procuratore della Ditta _____

con sede legale a _____ in Via _____ n. _____

con sede amministrativa a _____ in Via _____ n. _____

Cod. Fisc. _____ P. IVA _____

N.Telefono _____ N.Fax _____

E-mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere accreditato per la fornitura del servizio in oggetto:

- per l'intero Territorio (tutti i comuni dell'Ambito di Castellanza)
- per il Territorio del Comune di Castellanza
- per il Territorio del Comune di Gorla Maggiore
- per il Territorio del Comune di Gorla Minore
- per il Territorio del Comune di Solbiate Olona
- per il Territorio del Comune di Olgiate Olona
- per il Territorio del Comune di Marnate

L'accREDITAMENTO viene richiesto:

- come singola impresa
- come consorzio
- come associazione temporanea con i seguenti soggetti:

L'ente erogatore può presentare domanda di accreditamento per tutti o solo per alcuni dei territori dell'Ambito, riservandosi la facoltà di fare una domanda successiva su quelli non selezionati nella prima domanda.

Capogruppo _____

Sede Legale a _____ Via _____ N. _____

Mandante _____

Sede Legale a _____ Via _____ N. _____

Mandante _____

Sede Legale a _____ Via _____ N. _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità ad ogni effetto di legge,

DICHIARA:

1. di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente, in ogni sua parte ed elaborato, il contenuto del **BANDO** e del **DISCIPLINARE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI, DISABILI e persone fragili EROGATO MEDIANTE VOUCHER**”, nonché l’iter procedimentale dell’accreditamento;
2. di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura, competente per territorio (precisare estremi di iscrizione) _____ per la specifica attività oggetto dell’accreditamento al n. _____
3. (per le Cooperative) di essere regolarmente iscritti all’Albo delle Società Cooperative istituito con D.M. 23/6/2004 (precisare estremi di iscrizione _____ e **(solo per le Cooperative Sociali)** di essere regolarmente iscritto al relativo Albo Regionale (precisare estremi di iscrizione) _____);
4. che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi è la seguente: _____
5. oggetto sociale: _____
6. di non essere soggetto a cause di esclusione ai sensi dell’art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
7. di applicare integralmente, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale;
8. **(in caso di Cooperative)** di impegnarsi a versare il trattamento assistenziale e previdenziale dei lavoratori impegnati nei servizi oggetto di accreditamento sulla base del salario pieno, con esclusione del riferimento al salario convenzionale;
9. di possedere i requisiti di esperienza, solidità e capacità organizzativa-gestionale e gli standard di qualità richiesti dal **DISCIPLINARE**;
10. di produrre tutti i documenti richiesti nel **BANDO** e precisamente:

Capacità economica: 1 a) lettera di almeno 1 Banca

Esperienza: 1 b) Certificati di servizio

Formazione del Personale: 1 c) Attestati di formazione

Standard di qualità del servizio SAD:, 1 st) Impegno presa in carico, 2 st) Curriculum Coordinatore del servizio, 3 st) Attestati ASA/OSS e Curriculum, 4 st) Dichiarazione garanzia continuità assistenziale, 5 st) Piano della formazione riferito al periodo 2018 – 2019, 6 st) Protocollo Presa in carico, 7 st) Schede/modulistica del PAI, 8 st) Questionario di Soddisfazione e Modulo di Reclamo, 9st) Dichiarazione di impegno a garantire la sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente almeno pari qualifica, 10st) Elenco quali-quantitativo strumenti ed ausili al personale impiegato, 11st) Elenco beni strumentali eventualmente messi a disposizione degli operatori per il trasporto, 12st) Dichiarazione impegno adozione normativa Privacy, 13st) Dichiarazione di impegno stipula polizza assicurativa, 14st) Carta dei Servizi e Brochure Informativa.

11. di impegnarsi ad erogare tutti i servizi/interventi assistenziali oggetto di accreditamento a favore dei soggetti residenti nell'ambito territoriale su cui è accreditato ed in possesso di un progetto d'intervento autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
12. di impegnarsi a fornire gli interventi al costo indicato nel disciplinare di servizio;
13. che le generalità delle persone autorizzate a rappresentare ed impegnare legalmente l'impresa sono le seguenti:

Allega al riguardo la seguente documentazione:

- Copia del C.C.N.L. applicato, dei contratti integrativi vigenti e dell'eventuale Regolamento interno applicato ai propri addetti;
- Carta dei Servizi e Brochure informativa;
- Documentazione probatoria inerente i requisiti previsti dal BANDO.

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente bando di accreditamento sia comunicata al seguente indirizzo mail pec: _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/PROCURATORE

Data _____ Firma _____

(Le dichiarazioni di cui sopra devono recare la sottoscrizione autenticata, oppure nel rispetto della normativa vigente, recare la sottoscrizione semplice accompagnata dalla fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante – ex D.P.R. n. 445/2000)

N.B. In Caso di Associazione temporanea di imprese la dichiarazione deve essere prodotta sia dalle mandanti che dalla capogruppo (delegataria).