**ALLEGATO A**

 **DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI A SUPPORTO DELLA DOMICILIARITA’ A FAVORE DI SOGGETTI CON NECESSITÀ ASSISTENZIALI RESIDENTI NEI COMUNI DELLA VAL CAVALLINA**

**DELEGANTI I SERVIZI**

 Al

Consorzio Servizi Val Cavallina

 Via FRATELLI CALVI, 1

 24069 TRESCORE B.RIO (Bg)

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………..………….

Nato/a a ……………………………………………………………………. Il …………….….……..

Residente a ……………………. Via ………………..……… e-mail ………………………………..

##### Codice Fiscale ………………………………………………………………………………………...

# In qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Fondazione/Ente/Azienda:

# …………………………………………………………………………………………………………

con sede legale in …………………………………….. Via ………………………………………….

C.F./P.IVA n…………………………………………………………………………………………...

 **CHIEDE**

l'accreditamento della (Cooperativa/Fondazione/Ente/Azienda)

…………………………………………………………………………………………………………

per l'erogazione della/e seguente/i prestazione/i a supporto della domiciliarità:

1. Sad leggero
2. Assistenza domiciliare (Sad e Sadh)
3. Interventi trasporto sociale estemporaneo *e consegna pasti al domicilio*

a favore di soggetti con necessità assistenziali residenti nei Comuni della Val Cavallina.

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, prevista dall’art.75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

 **DICHIARA**

1. di non aver subito condanne penali;
2. di non avere in corso procedimenti penali a proprio carico;
3. di godere della pienezza dei diritti civili;
4. di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, amministrazione controllata, concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione equivalente, secondo la legislazione dello Stato in cui si trova la sede legale e operativa e che a carico della stessa non sono in corso procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni né si trovi in stato di sospensione dell’attività;
5. essere in possesso e produrre almeno una referenza bancaria, con la quale un istituto bancario con cui la ditta intrattiene rapporti attesti che la stessa ha sempre fatto fronte ai propri impegni nei confronti dell‘istituto con regolarità e puntualità (*allegare lettera della banca*);
6. l’assenza negli ultimi 36 mesi, precedenti la domanda di accreditamento, di interruzioni di servizi in essere presso privati e/o Pubbliche Amministrazioni per inadempienze contrattuali;
7. di non essere stato cancellato dall’Albo dei soggetti accreditati, per servizi oggetto del presente bando, a seguito di:
	* accertata carenza dei requisiti non previamente comunicati dal soggetto accreditato
	* inadempienze contrattuali a sé interamente imputabili;
8. che la (Coop./Fond./Ente/Azienda) è iscritta a:

□ Albo □ Registri Regionali □ C.C.I.A. □ Tribunale □ Registro prefettizio

specificare per ogni albo, registro, …. la tipologia ed il numero/estremi di iscrizione

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………;

1. che lo scopo sociale della (Coop./Fond./Ente/Azienda) è specifico o comprende la tipologia di attività da accreditare;
2. avere maturato esperienza almeno biennale nella gestione dei servizi per i quali si chiede l’accreditamento;
3. che le prestazioni, nel caso richiedano una competenza professionale o un requisito specifico saranno svolte da personale qualificato/titolato in relazione alla specificità delle/della prestazioni/e per le quali la ditta richiede di essere accreditata e nel rispetto delle disposizioni previste per legge;
4. di conoscere, aver preso visione ed accettare incondizionatamente in ogni sua parte le condizioni previste nelle “Linee guida per l’accreditamento di soggetti erogatori di prestazioni a supporto della domiciliarità” e nel "Patto di Accreditamento per l’erogazione di prestazioni a supporto della domiciliarità”;
5. che la (Coop./Fond./Ente/Azienda) è in possesso dei requisiti generali, tecnico organizzativi e specifici richiesti nel documento **“**Requisiti per Accreditamento di soggetti erogatori di prestazioni a supporto della domiciliarità per le annualità 2016 – 2017”;
6. di conoscere, aver preso visione ed accettare incondizionatamente in ogni sua parte il valore delle prestazioni voucherizzate previsto per i servizi oggetto del presente bando, dettagliati nell’apposita scheda “Valore delle prestazioni”, accettando, inoltre, di erogare le prestazioni per cui dovesse essere accreditato ai costi previsti nella suddetta scheda anche all’utenza che accede direttamente Coop./Fond./Ente/Azienda senza voucher sociale, ma in possesso di certificazione di fragilità rilasciata dal servizio sociale competente;
7. di esonerare il Consorzio Servizi Val Cavallina ed i Comuni dell’Ambito Territoriale Val Cavallina da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta relativamente a eventuali danni arrecati alle persone, alle strutture, alle cose, a seguito dell’attività svolta;
8. di essere titolari di polizza di assicurazione per rischi di responsabilità civile verso terzi, assumendosi la responsabilità della qualità delle prestazioni, dei danni che dovessero occorrere agli utenti del servizio o a terzi nel corso dello svolgimento del servizio medesimo ed imputabili ai propri operatori o derivanti da gravi irregolarità e carenze nelle prestazioni. In tal senso saranno esonerati il Consorzio Servizi Val Cavallina e i Comuni dell’Ambito Territoriale Val Cavallina da ogni responsabilità, per eventuali danni a utenti o a terzi derivati dall’espletamento del/ dei servizio/i (*allegare copia della polizza di assicurazione*);
9. di avere a disposizione o impegnarsi ad attrezzarsi di strumenti, beni e mezzi necessari alla produzione del servizio richiesto;
10. di rispettare le disposizioni previste per legge in materia igienico - sanitaria, per tutte quelle prestazioni che richiedono un contatto diretto con la persona;
11. di accettare il Progetto Personalizzato contenuto nel Voucher assegnato all’utente predisposto dall’assistente sociale competente;
12. di applicare puntualmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente in ordine a: tutela privacy, norme di sicurezza, tutela della salute del lavoratore;
13. di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni e i pagamenti in materia di imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;
14. di darepiena ed integrale applicazione, nei confronti dei propri dipendenti, dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei contratti integrativi e/o territoriali vigenti nel settore per il quale si richiede l’accreditamento,con particolare riferimento al rispetto dei salari contrattuali minimi, nonché la piena applicazione delle normative salariali, previdenziali ed assicurative e sulla sicurezza disciplinanti i rapporti di lavoro della categoria;
15. di partecipare alla Alleanza Territoriale per la conciliazione dei tempi di cura e di lavoro;
16. di essere in regola con gli obblighi di collocamento dei disabili sulla base delle prescrizioni della Legge n. 68/1999;
17. che la (Coop./Fond./Ente/Azienda) rappresentata ha: una sede operativa attiva con un orario minimo di apertura al pubblico di 6 ore giornaliere, non continuative, dal lunedì al venerdì e 4 ore il Sabato ed un recapito telefonico reperibile durante i giorni e gli orari di erogazione dei servizi e una segreteria telefonica attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutta la durata dell’accreditamento;
18. che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la correttezza contributiva è ………………………………………………………………………………………..
19. di impegnarsi a comunicare ogni significativa variazione delle dichiarazioni addotte nella presente;
20. di essere a conoscenza che l’Amministrazione procedente, ai sensi di legge, potrà effettuare idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che il Consorzio Servizi Val Cavallina –Ufficio di Piano - potrà effettuare controlli sulla qualità del servizio erogato;
21. di essere consapevole che l’eventuale non veridicità circa il contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dall’Albo degli Enti Accreditati.

 **ALLEGA**

1. Scheda anagrafico – identificativa dell'organizzazione;
2. Scheda sottoscritta del “Valore delle prestazioni” voucherizzate;
3. Patto di accreditamento sottoscritto in tutte le pagine dal legale rappresentante;
4. Linee guida per l’accreditamento sottoscritte in tutte le pagine dal legale rappresentante;
5. Copia della polizza di assicurazione
6. Idonee referenze bancarie attestanti la capacità economica e finanziaria della Coop./Fond./Ente/Azienda
7. Fotocopia carta d’identità del rappresentante legale della Coop./Fond./Ente/Azienda.

Il Legale Rappresentante

(timbro e firma)

…………………………………………..

**DICHIARA INFINE**

* di acconsentire espressamente, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, al trattamento dei dati forniti, fermo restando il diritto di richiederne in qualsiasi momento l’aggiornamento, la rettifica ovvero l’integrazione.

…………. lì………… Firma………………..…………………………..