

MODELLO DI DOMANDA

BANDO DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE TRAMITE VOUCHER A FAVORE DI ANZIANI DISABILI RESIDENTI nell'AMBITO DEL DISTRETTO LT/5.

Periodo: 1.10.2021 al 30.09.2023

COMUNE DI GAETA
(COMUNE CAPOFILIA DISTRETTO LT/5)

PIAZZA XIX MAGGIO

04024 GAETA (LT)

PEC: distrettosociosanitariolt5@pec.comune.gaeta.lt.it

Il Sottoscritto nato a
..... il nella sua qualità di
legale rappresentante di
.....
.....

con sede in (prov.)

Via CAP Codice Fiscale

..... Partita I.V.A.

numero telefonico e-mail

PEC, consapevole della
responsabilità che assume e delle sanzioni stabilite dalla vigente normativa dall'art. 76 del
D.P.R. n. 445/2000 nei confronti di chi effettua dichiarazioni mendaci;

CHIEDE

di essere accreditato per l'erogazione di prestazioni sociali servizio di assistenza domiciliare tramite voucher a favore di anziani disabili residenti nell'ambito del distretto lt/5 periodo: 1.10.2021 al 30.09.2023

in qualità di (*barrare l'ipotesi che interessa*):

- ☐ Impresa singola [art. 45 comma 2 lettera a) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];
- ☐ Componente di costituendo raggruppamento d'imprese o costituendo Consorzio ordinario d'imprese [art. 48 comma 8 del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];
- ☐ Raggruppamento d'imprese o Consorzio ordinario, costituito [art. 45 comma 2 lettere d) - e) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi]
- ☐ Consorzio stabile [art. 45 comma 2 lettera c) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];

☐ Altro ;

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

(barrare la casella corrispondente e compilare gli spazi)

- ☐ di essere a conoscenza e di accettare completamente le condizioni previste dal Bando di accreditamento;
- ☐ di essere a conoscenza, in particolare, del fatto che il riconoscimento dell'accreditamento non determina l'inserimento in una graduatoria e non impegna il Distretto Latina 5 - Comune di Gaeta Capofila di Distretto all'acquisto di servizi.
- ☐ di essere in possesso dei requisiti previsti nel Bando di accreditamento;
- ☐ di accettare le procedure di monitoraggio, verifica, controllo e valutazione da parte del Comune di Gaeta, in merito alla presenza e alla permanenza nel tempo dei requisiti di accreditamento;
- ☐ di accettare gli oneri di partecipazione relativi alle attività del Comune mirate al miglioramento continuo connesse all'accreditamento;
- ☐ di impegnarsi a erogare i servizi previsti nei criteri organizzativi del Bando di accreditamento;
- ☐ di essere iscritti nel "Registro distrettuale dei soggetto gestori dei servizi alla Persona di cui alla DGR 88/2017" alla data del 15.03.2021;
- ☐ di avere la piena e legittima disponibilità di un immobile in forza di titolo di proprietà o altro diritto reale, ovvero in forza di contratto di locazione o di comodato o di leasing o di affitto di azienda, o di concessione di ente pubblico, o di altro atto che sia registrato ai sensi dell'art. 1 comma 346 della L.311/2004, ovvero con l'indicazione della specifica esenzione, allegando copia del contratto o del titolo;
- ☐ di aver adottato il documento di valutazione dei rischi (D.V.R.) e aver ottemperato agli altri adempimenti previsti dal D. Lgs. 81/2008 e redatto anche il piano di valutazione diretto ai pazienti (rischio clinico)
- ☐ di aver adottato il documento di adempimento agli obblighi di tutela dei dati personali e sensibili previsti dalla vigente normativa;
- ☐ di aver acquisito e verificato la regolarità e completezza delle dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità da parte di tutto il personale addetto al servizio in corso di autorizzazione;

☐ di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dalla DGR 88/2017.

☐ di avere Sede legale o operativa in uno dei Comuni rientranti nel Distretto socio-sanitario "Lt/5"

☐ di aver maturato esperienza di almeno cinque anni nel settore dell'Assistenza domiciliare.

☐ Che il Direttore o Responsabile del servizio nella persona di _____ nato a _____ il _____ qualifica _____

☐ che l'Ente/organizzazione, alla data di presentazione della istanza di accreditamento, ha raggiunto un volume di fatturato pari almeno ad € 1.000.000 (un milione) relativo all'erogazione di servizi socio assistenziali e/o socio sanitari negli ultimi tre anni (2018/2020).

.....
.....

☐ che la tariffa oraria (comprensiva di IVA) offerta per il servizio di assistenza domiciliare tramite voucher a favore di anziani disabili residenti nell'ambito del distretto Lt/5 periodo 1.10.2021 al 30.09.2023 è pari ad €

Luogo, data

IL RAPPRESENTANTE
(O I RAPPRESENTANTI IN CASO DI R.T.I.
O PROCURATORE DELLA SOCIETA')

.....

N.B.: Alla dichiarazione dovrà essere allegata, pena l'invalidità, copia fotostatica di un valido documento di identità del/i dichiarante/i. La presente domanda, in caso di costituendi RTI o consorzi, ai sensi dell'art. 45, comma 2, sub e), è sottoscritta da tutte le imprese.

Informativa ai sensi vigente normativa sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.