

All. 2 Richiesta accreditamento per ENTI/ASSOCIAZIONI DEL TERZO SETTORE/ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Spett.le
UFFICIO UNICO CPE
Via Dei Cornaggia 33
20017 Rho (MI)
cpe.rhodense@sercop.it

OGGETTO: dichiarazione sostitutiva unica per l'ammissione all'Elenco delle Enti accreditati – Area disabilità e non auto-sufficienza

Il/la sottoscritto/a
nato/a il
residente a
Via/Piazza
Codice Fiscale

In qualità di Legale Rappresentante/Presidente della Associazione/Fondazione/Onlus/ecc.

.....
.....
Natura giuridica con sede legale in
..... Via
Codice Fiscale/Partita I.V.A.
Telefono Fax
Mail Pec
Visto il bando pubblico per l'accREDITAMENTO:

CHIEDE

L'accREDITAMENTO della (Associazione/Fondazione/Onlus/ecc.)
.....
Sede operativa in Via
Telefono Fax
Referente

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. Che ha iniziato la propria attività in data con atto del
 - 2.1 E' iscritta al Registro alla Camera di Commercio (Se soggetto tenuto a tale obbligo)
- O alternativamente

2.2 È iscritto ad altro analogo registro di cui al punto precedente
Specificare (denominazione del registro, ente che detiene il registro, n. identificazione ente)

3. Presenza in capo al legale rappresentante del pieno possesso dei diritti civili e politici;
4. Assenza di motivi di esclusione alla partecipazione alle gare pubbliche di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016, comprese quelle previste dalla normativa antimafia;
5. Essere coinvolti in una rete sulle tematiche della disabilità e della non auto-sufficienza nella quale vi sia la presenza di un Ente Pubblico (specificare).....e/o di un'unità d'offerta per disabili di carattere socio sanitaria e socio assistenziale;
6. Aver maturato una comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie da almeno 24 mesi dalla presentazione della richiesta di accreditamento;
7. Presenza di attività significative e/o prevalenti documentabili sul territorio del Rhodense;
8. Aver stipulato contratti e/o convenzioni con altri enti pubblici in qualità di erogatori di servizi/interventi per persone con disabilità per un importo non inferiore a € 10.000 negli ultimi tre anni;
9. Avere in organico o a disposizione almeno una professionalità con qualifica di educatore professionale o psicologo o ASA/OSS
Nominativo della persona individuata _____;
10. Avere una figura di coordinatore referente con esperienza di almeno 5 anni (eventualmente coincidente con la persona individuata al punto 11);
Nominativo della persona individuata _____;

Luogo, data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

ALLEGATI alla presenta dichiarazione:

- a) Copia di un documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;
- b) Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale);
- c) Carta dei servizi (se presente)
- d) Attestazione sulla partecipazione dell'ente/associazione ad una rete sulle tematiche della disabilità e della non auto-sufficienza rilasciata da enti pubblici e/o Udo per disabili
- e) Relazione/lettera di presentazione che attesti le attività svolte sul territorio del Rhodense (All 2.1);
- f) Attestazione rilasciata da Enti Pubblici che certifichino, per l'ente richiedente, la stipula di contratti/convenzioni o erogazione di contributi per l'erogazione di servizi/interventi per persone con disabilità per un importo non inferiore a € 10.000 negli ultimi tre anni;
- g) CV figura referente in organico indicato al punto 9
- h) CV figura di coordinamento indicato al punto 10