**All. 1 Richiesta di accreditamento per ENTI GESTORI** **DELLE UNITÀ D’OFFERTA SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARIE**

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 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 della Cooperativa/Ente/Azienda………………………………..…………………………….

………….……………………………..……………………………….……………………………………………………………………………………….….

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

Codice Fiscale/Partita I.V.A. …………………………………………………………….……………………..………………………………………

visto il bando pubblico per l’accreditamento:

**CHIEDE**

**l’accreditamento per l’ammissione all’elenco dei soggetti coinvolti nella realizzazione di progettualità in favore di persone con disabilità**

Di seguito si forniscono i codici AFAM/codice Struttura relativamente alle strutture da noi direttamente gestiste:

* Cod. AFAM/ Cod. Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione UdO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cod. AFAM/ Cod. Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione UdO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cod. AFAM/ Cod. Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione UdO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**

ai sensi degli art. 46, 47 e 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modificazioni di essere in possesso dei requisiti di seguito indicati:

* Presenza in capo al legale rappresentante del pieno possesso dei diritti civili e politici;
* 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
* 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
* Assenza di contestazioni di illecito, a seguito di attività ispettive da parte di ATS (UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociali), per inadempienze in capo all’ente gestore sul mantenimento dei requisiti minimi di esercizio ai sensi della normativa regionale di riferimento

Inoltre dichiara:

* Di aver preso visione delle modalità previse dal bando per l’accreditamento dei soggetti coinvolti nella realizzazione di progettualità in favore di persone con disabilità

Luogo, Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

…………………………………………….

**ALLEGATI alla presenta dichiarazione:**

1. Copia di un documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;
2. Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale) - (da non allegare per enti/UdO/soggetti già accreditati dall’Ambito del Rhodense)
3. Carta dei Servizi (da non allegare per enti/UdO/soggetti già accreditati dall’Ambito del Rhodense);