

**All. 1 al Bando per l'accreditamento del Servizio Formazione all'Autonomia**

Spett.le  
UFFICIO UNICO CPE  
Via Dei Cornaggia 33  
20017 Rho (MI)

**OGGETTO: dichiarazione sostitutiva unica per l'ammissione all'Albo Servizio Formazione all'Autonomia**

Il/la sottoscritto/a MORETTI MANUELA

nato/a: OMISSIS

residente a OMISSIS

Via/Piazza OMISSIS

Codice Fiscale OMISSIS

In qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda

NAZARET SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

con sede legale in ARESE Via MONTE GRAPPA 40/47

Codice Fiscale/Partita I.V.A. 08455660152

visto il bando pubblico per l'accreditamento dei servizi socio educativi per disabili:

**CHIEDE**

l'accreditamento della NAZARET SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

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 previsti all'Art. 3 del Bando di accreditamento e di seguito indicati:

REQUISITI RELATIVI ALL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO:

Requisiti richiesti alla figura di coordinamento:

- Il coordinatore possiede Laurea (scienza psicologiche pedagogiche o sociali e equipollenze ai sensi dei D.lgs n.502/92, n.520/98 e Decreto del Ministero della Sanità del 27.07.2000) e esperienza nei servizi per disabili (certificata dall'ente di provenienza) di almeno tre anni o di coordinamento in servizi per disabili di almeno 2 anni<sup>1</sup>. **SI IX\_I NO I\_I**

---

<sup>1</sup> Per esperienza di servizio si intende: attività svolta con regolare rapporto di lavoro, concorrono al numero degli anni previsti per l'anzianità anche periodi non continuativi purché superiori di 6 mesi. Non costituiscono attività di servizio i periodi di servizio civile che invece concorrono ai fini del requisito di esperienza specifica

- Il coordinatore dedica alla propria funzione di coordinamento almeno un'ora al mese per utente. **SI IX\_I NO I\_I**
- Il coordinatore ha un inquadramento contrattuale CCNL Cooperative Sociali: D3 o riconoscimento di mansioni superiori per un periodo massimo di 6 mesi (o livello contrattuale analogo previsto per le figure di coordinamento). **SI IXI NO I\_I**

Nome e Cognome del coordinatore/trice: REZZONICO CLARA

titolo di studio: LAUREA SCIENZE DELL'EDUCAZIONE

esperienza di servizio: QUINDICI ANNI DI ESPERIENZA COME EDUCATRICE E CINQUE COME COORDINATRICE SU SERVIZI DIURNI

Requisiti richiesti agli operatori socio-educativi:

- Il 100% del personale che contribuisce al mantenimento dello standard operatori/utenti ha una posizione contrattuale retribuita **SI IXI NO I\_I**
- Almeno il 50% del personale possiede una laurea in scienze dell'educazione o titolo equipollente **SI IXI NO I\_I**
- Almeno il 50% del totale è assunto a tempo indeterminato (per gli enti gestori di nuova costituzione è possibile l'utilizzo anche di personale assunto a tempo determinato nei primi 24 mesi dall'avvio delle attività). **SI IXI NO I\_I**
- La struttura garantisce la presenza di un operatore socio-educativo ogni sei frequentanti. **SI IXI NO I\_I**

(indicare dati del personale socio-educativo)

Cognome	nome	Titolo di studio	Tipologia di contratto (se determinato o indeterminato)
REZZONICO	CLARA	LAUREA SCIENZE DELL'EDUCAZIONE	TEMPO INDETERMINATO
PASSARELLA	FRANESCA	LAUREA SCIENZE DELL'EDUCAZIONE	TEMPO INDETERMINATO
QUARATO	FEDERICA	LAURE IN PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO NEUROPSICOLOGICO	TEMPO INDETERMINATO

REQUISITI RIGUARDANTI IL PROGETTO EDUCATIVO:

- La struttura cura la stesura ed il puntuale aggiornamento di un fascicolo per ciascun utente, aperto al momento dell'accoglienza in struttura, e contenente: **SI IXI NO I\_I**

- Il progetto individualizzato dettaglia gli obiettivi individuali specifici, i suoi tempi di realizzazione, le attività previste e gli strumenti adottati, la tempistica delle verifiche periodiche e il loro esito, la valutazione finale che attesti gli obiettivi raggiunti e la conseguente dimissione. Il progetto è sottoscritto dall'ente gestore dalla famiglia dell'utente e/o dall'utente, dal Comune di residenza e dall'UMA. **SI IXI NO I\_I**<sup>2</sup>

#### REQUISITI SULLA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA:

- Viene effettuato di un questionario sul grado di soddisfazione dell'utente con cadenza annuale; le relative modalità devono essere evidenziate nella carta dei servizi. **SI IXI NO I\_I**

#### REQUISITI DI ACCESSIBILITA':

- Viene assicurata in relazione ai bisogni espressi e al progetto la possibilità di frequenza part-time al servizio (le relative modalità devono essere illustrate nella carta dei servizi); **SI IXI NO I\_I**

#### REQUISITI RELATIVI AI RAPPORTI CON L'UTENZA

##### Carta dei servizi

- La struttura possiede una carta dei servizi in cui sono illustrati i moduli previsti, gli interventi offerti, gli orari di apertura, le modalità di accesso, le prestazioni erogate, l'ammontare della retta in relazione ai differenti moduli, i tempi e le modalità di relazione con le famiglie, le procedure per l'effettuazione dei reclami e degli encomi e i relativi tempi di risposta; **SI IXI NO I\_I**
- La carta dei servizi è stata redatta nel rispetto dell'art. 9 commi 1 e 2 della LR 3/08. **SI IXI NO I\_I**

#### REQUISITI RELATIVI ALLA FORMAZIONE

##### Piano di formazione

- E' stato previsto un piano annuale della formazione certificata e aggiornamento del coordinatore e degli addetti con funzioni educative, di almeno 20 ore annue. La frequenza di attività formative per maggior numero di ore nel corso di un anno possono essere computate negli anni successivi. **SI IXI NO I\_I**

##### Supervisione sull'equipe

- E' stato prevista un'attività di supervisione sull'equipe di lavoro di almeno tre ore al mese, effettuata da personale esterno all'equipe di lavoro e certificata. **SI IXI NO I\_I**

Nome e cognome del supervisore: DOTTORESSA ARMELLIN ALESSANDRA

titolo di studio: DOTTORE IN PSICOLOGIA SOCIALE E DELLO SVILUPPO

---

<sup>2</sup> Il fascicolo deve contenere la relazione iniziale dell'ente inviante (se esistente), la relazione anamnestica, la documentazione diagnostica e relazioni cliniche, il protocollo di valutazione, il progetto individualizzato (da aggiornare almeno annualmente), il piano annuale delle attività, le valutazioni intermedie (almeno semestralmente), eventuali protocolli di invio verso altri enti

esperienza di servizio VEDI CURRICULUM ALLEGATO

REQUISITI SULLA CAPACITA' ECONOMICO FINANZIARIA:

Requisito di fatturato:

- L'ente ha un fatturato minimo maturato nell'anno precedente all'accreditamento pari a di € 100.000,00. In alternativa per gli enti di nuova costituzione è possibile la sottoscrizione di una fideiussione pari ad € 70.000,00 a garanzia della stabilità economico finanziaria dell'ente  
**SI IXI NO I\_I**

Requisito di capacità organizzativa:

- L'Ente deve possiede una procedura formalizzata per la selezione delle risorse umane.  
**SI IXI NO I\_I**
- L'ente possiede il proprio organigramma e funzionigramma in cui sia chiaramente evidenziata la funzione di relazione con le famiglie degli utenti. **SI IXI NO I\_I**

DICHIARA INOLTRE

- Di godere dei diritti civili e politici
- L'assenza di procedimento penali in corso
- Di non essere incorso nell'applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- Di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
- Di non aver provocato, per fatti imputabili o colpa del soggetto gestore, accertata giudizialmente, la risoluzione dei contratti di accreditamento, stipulati negli ultimi dieci anni per la gestione della medesima unità di offerta;
- Di non essere soggetto rientrante nelle altre fattispecie previste dall'art. 38 del D.Leg.vo n. 163/06 (contratti pubblici);
- Che l'ente rappresentato non è sottoposto a procedure fallimentari.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

ALLEGATI alla presenta dichiarazione:

- a) fotocopia, non autenticata, 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) copia dell'autorizzazione al funzionamento o comunicazione preventiva di esercizio (C.P.E.).

Nell'ambito delle funzioni di vigilanza per l'accreditamento l'ente si rende disponibile a presentare tutte la documentazione che accerti la veridicità delle dichiarazioni qui soprascritte.

*Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 si informa che i dati forniti saranno trattati esclusivamente con specifico riferimento al procedimento per il quale sono stati raccolti.*

*I dati verranno trattati sia con mezzi cartacei, sia con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa specifica e da quanto previsto dalla legge sulla privacy.*

Spett.le  
SERCOP  
Via Cornaggia, 33  
20017 RHO

e.p.c. ATS della Città Metropolitana  
UOC Vigilanza e Controlli Strutture Socio Sanitarie e sociali  
UOS Vigilanza Servizi Sociali  
Via Spagliardi, 19  
20015 Parabiago

Comune di Arese  
Servizi Sociali

Oggetto: chiusura SFA Via Matteotti, 21

La sottoscritta Moretti Manuela, nata a **OMISSIS**  
., in qualità di legale rappresentante della NAZARET SOCIETA' COOPERATIVA  
SOCIALE ONLUS, comunica, a far data dal 28.04.2017, la chiusura dell'Unità d'offerta Sociale SFA, di via  
Matteotti 21, di numero 6 progetti.

Allego:

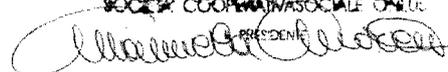
copia carta identità

In attesa di Vostro gradito riscontro porgiamo distinti saluti

Arese, 28.04.2017

Il Presidente

**NAZARET**  
Manuela Moretti  
SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE ONLUS  
IL PRESIDENTE



Sede Legale e operativa:  
Arese, Via Monte Grappa 40/47  
P.IVA 08455660152 C.C.I.A. 1235541  
www.nazaret.it

Tel. 02 99760871  
fax 02 99760874  
E-Mail: [servizi@nazaret.it](mailto:servizi@nazaret.it)  
PEC: [nazaret@legalmail.it](mailto:nazaret@legalmail.it)

---

---

**VERBALE DELLA COMMISSIONE PER L'ISTITUZIONE DELL'ALBO SERVIZIO FORMAZIONE  
ALL'AUTONOMIA – AMBITO RHODENSE**

---

---

Il giorno 17 Ottobre 2017, si è riunita la Commissione di accreditamento presso la sede di SER.CO.P.  
La Commissione risulta composta da:

**GUIDO CICERI**

**Direttore SER.CO.P.**

**ANNAMARIA DI BARTOLO**

**Ufficio di Piano**

**CHIARA MANTEGAZZA**

**Referente amministrativo Ufficio Unico CPE**

La Commissione procede alla nomina del presidente nella persona del dr. Guido Ciceri.

Premesso che con deliberazione dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Rho del 13 settembre 2013 venivano approvati i requisiti di accreditamento delle strutture Servizio di Formazione all'Autonomia, la commissione procede all'istruttoria della domanda pervenuta a mezzo pec in data 26 settembre 2017 prot. N. 12289 dall'Ente Gestore "Nazaret Cooperativa Sociale Onlus" per l'Unità d'Offerta Servizio di Formazione all'Autonomia denominata "Sfaville" (regolarmente iscritta nell'Anagrafe Unica delle Unità d'Offerta sociali e socio-assistenziali –AFAM- con codice 30900SC00156).

La commissione procede quindi alla verifica del possesso dei requisiti per l'accREDITamento così come risultati dalla modulistica presentata dal richiedente e nello specifico richiamati nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale del verbale di commissione.

La commissione, alla luce della documentazione pervenuta, sancisce l'idoneità all'accREDITamento per l'unità d'offerta SFA denominata "Sfaville" (codice AFAM 30900SC00156) in quanto in possesso di tutti i requisiti richiesti e invia al CDA la proposta di inserimento della struttura nell'Albo delle Strutture Accreditate dell'Ambito del Rhodense

Letto, approvato e sottoscritto.

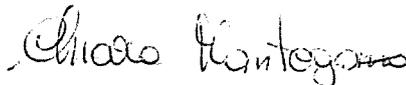
**GUIDO CICERI**



**ANNAMARIA DI BARTOLO**



**CHIARA MANTEGAZZA**



**Allegato 1- COMMISSIONE ACCREDITAMENTO SERVIZIO DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA -**

n.	DENOMINAZIONE UNITA' D'OFFERTA	DENOMINAZIONE ENTE GESTORE	AII.1	AII.2	AII.3	AII.4	AII.5
			<i>Autodichiarazione possesso dei requisiti</i>	<i>Fotocopia d.i. legale rappresentante in corso di validità</i>	<i>Carta dei Servizi</i>	<i>Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale)</i>	<i>Copia dell'autorizzazione al funzionamento o comunicazione preventiva di esercizio (C.P.E.);</i>
1	SFAVILLE	NAZARET COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	Presente	Presente	Presente	Presenti entrambi	Presente
			<b>REQUISITIVEIRIFICATI</b>				
			<ul style="list-style-type: none"> <li>COORD: presente e titolo di studio idoneo</li> <li>PERSONALE EDUCATIVO: titolo di studio idoneo, tipologia di contratto idonea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In corso di validità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redatta nel rispetto delle direttive di ATS</li> </ul>		