**Spett.le**

**SERCOP Azienda speciale dei Comuni del Rhodense per i servizi alla persona**

**UFFICIO UNICO CPE**

**Via Dei Cornaggia, n. 33**

**20017 RHO (MI)**

**Oggetto: DOMANDA DI ACCREDITAMENTO DEI SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE A VALERE SUL PROGETTO HCP 2022**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di: (indicare la carica ricoperta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del soggetto (indicare la ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Partita IVA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Referente interno per la presente procedura:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’inserimento nell’elenco di cui all’oggetto dei servizi sociali o socio assistenziali di cui alle schede allegate alla presente:

Tipologia di servizi:

* TIPOLOGIA A.1: Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari;
* TIPOLOGIA A.2: Servizi professionali domiciliari resi da educatori professionali;
* TIPOLOGIA B: Servizi professionali domiciliari – Psicologo
* TIPOLOGIA B: Servizi professionali domiciliari – Fisioterapista
* TIPOLOGIA B: Servizi professionali domiciliari – Logopedista
* TIPOLOGIA B: Servizi professionali domiciliari – Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* TIPOLOGIA C: Servizi e strutture a carattere extra domiciliare – Centri socio educativi diurni;
* TIPOLOGIA C: Servizi e strutture a carattere extra domiciliare – Servizio di formazione all’autonomia
* TIPOLOGIA C: Servizi e strutture a carattere extra domiciliare – Centro diurno integrato per persone anziane
* TIPOLOGIA C: Servizi e strutture a carattere extra domiciliare – Centri Prima Infanzia
* TIPOLOGIA D: Sollievo domiciliare – OSS
* TIPOLOGIA D: Sollievo domiciliare – ASA
* TIPOLOGIA D: Sollievo Diurno Extra Domiciliare
* TIPOLOGIA D: Sollievo residenziale
* TIPOLOGIA E: Percorsi di integrazione scolastica;
* TIPOLOGIA F: Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l’inserimento occupazionale - Percorsi di inserimento occupazionale
* TIPOLOGIA F: Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l’inserimento occupazionale - Percorsi di inserimento occupazionale Percorsi di valorizzazione
* TIPOLOGIA F: servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l’inserimento occupazionale
* TIPOLOGIA G: Servizi per minori affetti da autismo
* TIPOLOGIA H: Servizi extra-domiciliari specifici (pet-therapy, psicomotricità, musicoterapia)

Specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

**DICHIARA**

* che l’Organizzazione risulta iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di iscrizione nel registro imprese - Capitale sociale Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui versato Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Durata dell’impresa / data di termine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che l’oggetto sociale della Organizzazione risulta coerente con l’oggetto dei servizi/interventi oggetto del presente Avviso

*Oppure*

* di non essere tenuto all’iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura e in quanto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che l’oggetto sociale della Organizzazione risulta coerente con l’oggetto dei servizi/interventi oggetto del presente Avviso;
* di non trovarsi in nessuna delle condizioni previste dall’art. 80, del D.Lgs. 18.4.2016, n. 50 e smi;
* di essere in regola con l’applicazione della normativa relativa alla sicurezza sul luogo di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche), in materia di prevenzione infortunistica, di igiene del lavoro e rispettare le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
* di applicare integralmente ai propri addetti il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali

contratto collettivo applicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di impegnarsi a far rispettare ai propri dipendenti il codice di comportamento in vigore per i dipendenti di SER.CO.P., approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione N. 7 del 30/01/17;
* che i riferimenti dei titolari/legali rappresentanti, amministratori o soci/ dipendenti con poteri decisionali nel presente procedimento, ai fini del monitoraggio relativo al conflitto di interesse, sono i seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | CF | COMUNE DI RESIDENZA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* di disporre della copertura assicurativa per Responsabilità Civile verso Terzi (RCT), con massimale non inferiore a €1.500.000,00 per sinistro, stipulata con la Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ polizza n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nonché per Responsabilità Civile verso prestatori d’opera (RCO) dipendenti dell’ente gestore, con massimale non inferiore a €1.000.000,00 per sinistro, stipulata con la Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ polizza n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di garantire il rispetto delle Leggi Regionali o Nazionali in materia di Igiene e Sanità Pubblica, di Sicurezza degli Impianti, di Urbanistica-Edilizia e, nel caso di utilizzo di personale dipendente, il rispetto di quanto stabilito in materia di rapporti di lavoro dalla normativa vigente;
* di essere consapevole che i dati personali forniti saranno trattati conformemente al Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) e della normativa nazionale (D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.) sotto la responsabilità del legale rappresentante pro-tempore di SERC.CO.P. secondo le modalità e i criteri previsti dall’art. 14 dell’Avviso Pubblico.
* aver realizzato un fatturato nel triennio 2019-2020-2021 non inferiore a quello previsto dall’art.5 del Bando per i servizi per cui si richiede accreditamento
* Avere svolto con buon esito contratti per enti pubblici o privati nel triennio 2019-2020-2021 come da indicato nell’art. 5 del Bando di Accreditamento. Si allega dettaglio con precisa indicazione della denominazione del servizio, degli importi affidati, dei periodi di svolgimento e degli enti destinatari per ogni servizio di cui si richiede l’accreditamento.
* La prestazione sarà eseguita da personale qualificato secondo quanto richiesto dal Bando. Al momento dell’attivazione dell’intervento verrà inoltrata a Sercop la documentazione prevista dall’art. 5 del Bando
* Dichiara di aver preso visione del Bando di accreditamento e di tutte le disposizioni in esso contenute

**SI IMPEGNA**

in caso di iscrizione nell’elenco di cui all’oggetto dei servizi sociali o socio assistenziali di cui alle schede allegate alla presente:

* a dichiarare annualmente la sussistenza dei requisiti utili per la continuità dell'iscrizione nell’Elenco
* a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la perdita dei requisiti previsti per la permanenza in elenco, all’indirizzo di posta elettronica certificata: cpe.rhodense@legalmail.it
* a comunicare eventuali variazioni dei servizi/interventi resi;
* ad accettare l’utilizzo da parte di Sercop di idonei strumenti di rilevazione, verifica e valutazione delle prestazioni rese, anche avvalendosi di supporti esterni;
* ad inoltrare a Sercop quanto necessario alla rendicontazione del Progetto HCP anche in seguito all’erogazione delle prestazioni

**A tal fine allega:**

* Copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante
* Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale)
* Copia bando di accreditamento controfirmato per accettazione
* Carta dei servizi aggiornata, in caso di UDO
* Relazione descrittiva delle modalità di organizzazione e gestione del servizio (con indicazione delle figure professionali impiegate) con particolare riferimento agli obiettivi dello stesso;
* Descrizione dell’approccio assistenziale e/o educativo, con riferimento alle metodologie adottate, alle modalità di attivazione degli interventi e al raccordo con i Servizi;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_