**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 ESTENSIONE DELL’ACCREDITAMENTO PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE A VALERE SUL PROGETTO HCP 2022**

 *(MODULO DA UTILIZZARE IN CASO DI ENTE GIA’ ACCREDITATO SUL BANDO HCP 2019)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Codice fiscale

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

Partita IVA

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

**CHIEDE**

l’accreditamento in elenco per le seguenti prestazioni 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**

* Il mantenimento dei requisiti generali previsti dall’art.5 del Bando
* 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

**A tal fine allega:**

* Copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante
* Copia bando di accreditamento controfirmato per accettazione
* Carta dei servizi aggiornata, in caso di UDO
* Relazione descrittiva delle modalità di organizzazione e gestione di servizi oggetto di richiesta di estensione (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 in riferimento ai servizi oggetto di richiesta di estensione;

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

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