

Oggetto: Richiesta per l'accreditamento all'Albo comunale dei soggetti erogatori di prestazioni assistenziali per il servizio di assistenza all'autonomia agli alunni portatori di handicap delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado della città di Agrigento mediante buono/voucher- Anno scolastico 2023/2024

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ residente a _____
Via/Corso/Piazza _____ n. _____ Cap _____ domiciliato
a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) a _____ Via/Corso/Piazza
_____ n. _____ Cap _____ in qualità di legale
rappresentante della cooperativa/associazione _____
con sede legale/operativa presso il Comune di Agrigento in Via _____ n. _____

CHIEDE

L'accreditamento all'Albo del Comune di Agrigento dell'ente/ditta _____
(denominazione o ragione sociale dell'impresa) per il servizio di assistenza all'autonomia e comunicazione agli alunni residenti portatori di handicap delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado della città di Agrigento nella sezione Assistenza scolastica integrativa alunni portatori di handicap come _____ (specificare se ditta individuale / R.T.I. / consorzio / altro)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 a cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato decreto e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

1. di essere regolarmente iscritto nel Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di _____ con oggetto di attività _____ ovvero di essere regolarmente iscritto in registro analogo _____ (specificare) tenuto presso _____ di _____ con oggetto di attività _____
2. che i dati dell'iscrizione sono i seguenti:
 - a. N. iscrizione.....
 - b. Data di iscrizione.....
 - c. Indirizzo.....
 - d. Codice fiscale
 - e. Partita IVA
 - f. Forma giuridica.
 - g. Codice attività.....
 - h. Legali rappresentanti e/o soggetti muniti di potere di rappresentanza (indicare i nominativi, le

qualifiche, le date di nascita e la residenza) _____

3. L'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art.80 (requisiti generali) del D.Lgs.n.50/2016 (indicazione analitica)
4. Di applicare integralmente il CCNL di settore rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro;
5. Di rispettare gli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei propri lavoratori e di essere regolarmente iscritta a: - INPS matricola azienda posizione numero presso la sede divia e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta contribuzione INPS; - INAIL matricola azienda posizione numero presso la sede di via e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta contribuzione INAIL, Dimensione aziendale (barrare ai soli fini del DURC) –da 0 a 5 - da 6 a 15 - da 16 a 50 - da 51 a 100 - oltre
6. (Solo per le cooperative sociali di tipo A) Di attestare di essere in possesso del certificato di revisione ai sensi della circolare n. 4/2003;
7. Di essere iscritto all'Albo regionale dei servizi socio-assistenziali ai sensi dell'art. 26 L. R. n. 22/86 nella Sezione Tipologiacon decreto n.....del.....;
8. Di essere iscritto al registro generale della Regione Sicilia delle associazioni di solidarietà familiare ai sensi dell'art.16 della L.R. n.10/20013;
9. Di avere nel proprio statuto le finalità corrispondenti alla Sezione/Servizio per il quale si chiede l'accREDITAMENTO;
10. Di aver adottato apposita Carta dei servizi contenente l'indicazione della tipologia delle prestazioni da erogare, le modalità di collaborazione con la committenza per l'elaborazione e attivazione dei progetti e/prestazioni con gli Enti accreditanti, la modalità di erogazione del servizio e le condizioni per facilitare la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti; *in alternativa* di impegnarsi a realizzarla nel termine di un mese e non oltre la data dell'accREDITAMENTO (*pena la decadenza dell'accREDITAMENTO stesso*);
11. Di possedere nel Comune di Agrigento la sede legale e/o la sede operativa dotata di telefono, fax e collegamento di posta elettronica ed in regola con le normative vigenti in materia di sicurezza di cui al D. Lgs. n. 626/94 e s.m.i. e di garantire nella stessa sede la presenza di figure professionali preposte al presidio e al coordinamento organizzativo delle attività;
12. Di avere raggiunto almeno sei mesi di esperienza nella Sezione/Servizio per cui si chiede l'accREDITAMENTO per conto di enti pubblici e/o privati nell'ultimo triennio antecedente alla data di scadenza dell'Avviso di accREDITAMENTO (*in caso di raggruppamento temporaneo di impresa o di Consorzio l'esperienza potrà essere dimostrata cumulando i servizi svolti dai singoli soggetti facenti parte del raggruppamento o del consorzio*) di cui si allega certificazione;
13. Di essere in possesso del bilancio o dell'estratto del bilancio d'impresa che si allega; (*nel caso in cui non si è tenuti alla presentazione del bilancio specificarne le motivazioni*);
14. Di allegare relazione/progetto (Carta del servizio assistenza all'autonomia e comunicazione /assistenza igienico-personale) contenente criteri organizzativi comprensivi delle modalità adottate per il *turn-over*, di modalità di erogazione del servizio, dei tempi dell'intervento, dei criteri di monitoraggio e valutazione delle attività e di eventuali servizi migliorativi oltre a quelli previsti nel documento esplicativo allegato ;
15. Di avere la disponibilità di impiego di figure professionali, con adeguato inquadramento contrattuale, in possesso dei titoli richiesti come indicato nelle specifiche tecniche dei servizi di

cui al documento esplicativo allegato;

16. Di individuare come figura di coordinamento/riferimento per il servizio per cui si chiede l'accreditamento la seguente figura professionale dotata del titolo di laurea in scienza del servizio sociale o equipollente _____ ;
17. Di avere realizzato (*o in alternativa di impegnarsi a realizzare*) interventi di aggiornamento e/o formazione per i propri dipendenti o associati e/o supervisione sul personale impiegato per n. ore all'anno (minimo 8 ore);
18. Di impegnarsi a stipulare polizza assicurativa RC per operatori e utenti;
19. Di accettare tutte le disposizioni contenute nello schema di Patto di accreditamento, di cui si allega copia firmata per presa visione;
20. Di rispettare il codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30/06/2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni);
21. Di accettare senza condizione o riserva alcuna tutte le disposizioni contenute nell'Avviso, nel documento esplicativo, nello schema di Patto.

Note aggiuntive facoltative del dichiarante: _____

Luogo e data

Il Legale Rappresentante
(*firma leggibile e timbro*)

Allegare copia del documento d'identità, in corso di validità, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Alla presente istanza si allega la seguente documentazione:

Certificazioni servizi espletati;

Copia bilanci;

Relazione di organizzazione/gestione/interventi (Carta del servizio Assistenza scolastica integrativa alunni H);

Carta dei servizi;

Copia attestati relativi alla formazione obbligatoria di n° 8 ore come previsto dal documento esplicativo e dal patto di accreditamento;

Copia dello schema del Patto di accreditamento firmato per accettazione

Copia del documento esplicativo firmato per accettazione.