All’Amministrazione Competente

Ambito C06, Comune Capofila Aversa

Piazza Municipio, 1

81031 Aversa (Ce)

Pec: postacertificata@comuneaversa.it

Oggetto: Richiesta accreditamento servizi residenziali e semiresidenziali di cui al Catalogo del Regolamento Regionale n. 4 del 7 aprile 2014 “Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)

|  |  |
| --- | --- |
| IL SOTTOSCRITTO |  |
| CODICE FISCALE |  |
| NATO/ A |  |
| IL |  |
| RESIDENTE IN |  |
| ALLA VIA/PIAZZA, N. |  |

**in qualità di Legale Rappresentante di:**

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE/RAGIONESOCIALE |  |
| NATURA GIURIDICA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| PARTITA IVA |  |
| SEDE LEGALE IN |  | COMUNE: |
| VIA/PIAZZA, N. |  | CAP: |
| TELEFONO - FAX |  |
| E-MAIL |  |
| SEDE OPERATIVA 1IN |  | COMUNE: |
| VIA/PIAZZA, N. |  | CAP: |
| TELEFONO - FAX |  |
| E-MAIL |  |
| Pec |  |

1 È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino.

CHIEDE

ai sensi del Regolamento Regione Campania n. 4/2014, l'accreditamento del servizio residenziale/semiresidenziale di seguito indicato, già in possesso del titolo abilitativo previsto:

*(barrare la casella di interesse)*

|  |
| --- |
| ***Area di intervento****Responsabilità familiari e diritti dei minori* |
| Nido e Micronido d'infanzia |  |
| Servizi integrativi al Nido - Spazio Bambini e Bambine |  |
| Servizi integrativi al Nido – Centro per i Bambini e le Famiglie |  |
| Centro Sociale Polifunzionale |  |
| Ludoteca per la prima infanzia |  |
| Comunità di pronta e transitoria accoglienza |  |
| Casa famiglia |  |
| Comunità educativa a dimensione familiare |  |
| Comunità alloggio |  |
| Gruppo Appartamento |  |
| Comunità di accoglienza per gestanti, madri e bambini |  |
| ***Area di intervento****Donne in difficoltà* |
| Casa di accoglienza per donne maltrattate |  |
| Casa protetta per donne vittime di tratta e/o sfruttamento |  |
| **Area di intervento***Persone Anziane* |
| Centro sociale polifunzionale |  |
| Gruppo appartamento |  |
| Comunità alloggio |  |
| Casa albergo |  |
| **Area di Intervento***Persone con disabilità* |
| Centro sociale polifunzionale |  |
| Gruppo appartamento |  |
| Comunità alloggio |  |
| **Aree di intervento***Persone anziane e persone con disabilità* |
| Comunità tutelare per persone non autosufficienti |  |
| **Area di intervento***Salute mentale / disagio psichico* |
| Gruppo appartamento |  |
| Casa alloggio |  |

A tal fine

DICHIARA

*sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:*

1. che il servizio residenziale/semiresidenziale è stato autorizzato dall’Ambito al funzionamento con disposizione dirigenziale n. del ;
2. che il servizio residenziale/semiresidenziale per il quale si chiede l'accreditamento è autorizzato al funzionamento in base al Regolamento Regionale n. 4/2014 e che pertanto è in possesso di quanto previsto dal Regolamento medesimo art.6 comma 2 lett. b,c,d,e,f,g,h;

Dichiara inoltre che l'attività svolta si fonda

1. sull'adozione di modalità per la formalizzazione del contratto educativo/assistenziale con l’utente,prevedendo il coinvolgimento dei familiari/tutori;
2. sull'adozione di procedure per la gestione informatizzata della documentazione;
3. sull'adozione di piani di programmazione e modalità di controllo dei risultati, da aggiornare annualmente, relativi a:

 obiettivi generali e specifici del servizio;

 azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale, attraverso il raccordo con altri servizi, strutture e agenzie del territorio;

 contatto con l’ambiente esterno e fruizione delle risorse del territorio da parte degli utenti;

 formazione del personale ed interventi per favorire l’inserimento del personale neoassunto e del personale volontario (affiancamento, tutoraggio ed altro);

 prevenzione del burnout, nel quale sono individuati i fattori di rischio e pianificate almeno le seguenti attività:

* riunioni organizzative degli operatori con periodicità almeno mensile;
* supervisione, con periodicità almeno semestrale, realizzata da personale di comprovata esperienza.

Elenco documenti da allegare:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Relazione sulle modalità per la formalizzazione del contratto educativo/assistenziale con l’utente,prevedendo il coinvolgimento dei familiari/tutori; |
| **2** | Relazione sulle procedure per la gestione informatizzata della documentazione |
| **3** | Piani di programmazione modalità di controllo dei risultati, da aggiornare annualmente, relativi a: *obiettivi generali e specifici del servizio; azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale, attraverso il raccordo con altri servizi, strutture e agenzie del territorio; contatto con l’ambiente esterno e fruizione delle risorse del territorio da parte degli utenti;Formazione del personale ed interventi per favorire l’inserimento del personale neoassunto e del personale volontario (affiancamento, tutoraggio ed altro);prevenzione del burnout (riunioni mensili tra operatori e supervisione semestrale realizzata da personale con comprovata esperienza);* |
| **4** | fotocopia del documento di identità |
| **5** | Dichiarazione sostitutiva di ciascun componente degli organi direttivi del prestatore ai sensi del Reg.4/2014 art. 5 co. 1 lett. a ( fac-simile allegato) |

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi all'istanza in oggetto ai sensi del Codice della Privacy D.Lgs. 196/2003.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Legale Rappresentante

Timbro del Soggetto Prestatore