*Carta Intestata Ente*

All’Amministrazione Competente

Ambito C06, Comune Capofila Aversa

Al Coordinatore dell’Ufficio di Piano Ambito C06

Piazza Municipio, 1

81031 Aversa (Ce)

Pec: postacertificata@comuneaversa.it

Oggetto: **istanza di accreditamento all’esercizio di servizi residenziali e semi-residenziali di cui al Regolamento 7 aprile 2014, n. 04- Catalogo dei servizi -Sez. A “ 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. |  |
| Pec |  |

**in qualità di Legale Rappresentante di:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DENOMINAZIONE/RAGIONE  SOCIALE |  | |
| NATURA GIURIDICA |  | |
| CODICE FISCALE |  | |
| PARTITA IVA |  | |
| SEDE LEGALE IN |  | COMUNE: |
| VIA/PIAZZA, N. |  | CAP: |
| TELEFONO - FAX |  | |
| E-MAIL |  | |
| SEDE OPERATIVA 1  IN |  | 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 del 07/04/2014, “Catalogo dei servizi”– Sez. A” e Regolamento di ambito approvato con Delibera di Coordinamento Istituzionale n. 21 del 01/04/2021, l'accreditamento per l’esercizio del servizio residenziale/semiresidenziale di seguito indicato, già in possesso del titolo abilitativo:***

*(barrare la casella di interesse per il singolo servizio per cui si chiede l’accreditamento)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***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 |  |

**Avente le seguenti caratteristiche:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione del servizio** | **Destinatari delle attività del servizio (Specificare la tipologia di utenza e il sesso)** | **Fascia di età** | **Capacità ricettiva massima** | **Ubicazione del servizio** |
|  |  |  |  |  |

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:*

che il servizio residenziale/semiresidenziale è stato autorizzato al funzionamento con disposizione dirigenziale n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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; (in caso di Comunità per la seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati) che è anche conforme all’Accordo 16/64/CR9/C8-C15 “Requisiti minimi per la seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati nel percorso verso l’autonomia”;

che il soggetto di cui ha la rappresentanza è un soggetto del Terzo Settore, come definito ai sensi del Decreto legislativo 3 Luglio 2017, “Codice del Terzo Settore”;

che è iscritto nel registro

regionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II,IX, XI,XII e XIII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione e non sussistono nei loro confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136);

che sono osservate le norme generali in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzioni incendi come previsto dal Regolamento Regionale n.4/2014 art. 5 comma 1 lett. b;

che sono rispettati i contratti di lavoro, gli inquadramenti professionali e le norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;

che è stata adottata la carta dei servizi;

che è stata stipulata idonea polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari;

che sono osservati i requisiti strutturali e di accoglienza previsti dal Regolamento Regionale n.4/2014 art. 5 comma1 lettere f,g,h,i e commi 2 e 3;

di non essere un'organizzazione di volontariato;

che, quale datore di lavoro, è in possesso per l'intero personale impiegato, con contatti diretti e regolari con minori, di idoneo certificato del casellario giudiziale ai sensi dell'art.2 del Decreto Legislativo n. 39 del 4/3/2014;

che non sussistono cause ostative di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/06 ss.mm.ii. co. 1 lettera da *a)* a

*m) bis;*

che il servizio residenziale/semiresidenziale per il quale si chiede l'accreditamento è in possesso dei requisiti specifici indicati nel Catalogo e di quanto previsto dal Regolamento 4/14 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.

**Si allega la seguente documentazione, in n. 1 copia cartacea e n. 1 copia in formato digitale:**

**Elenco documenti da allegare:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Documento** |
| 1 | Copia dell’atto costitutivo e dello statuto del Soggetto prestatore |
| 2 | 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) |
| 3 | Dichiarazione sostitutiva del prestatore ai sensi del Reg.4/2014 art. 5 co. 1 lett. b ( fac-simile allegato) |
| 4 | Illustrazione della dotazione organica del personale e delle relative qualifiche e funzioni (fac-simile allegato Prospetto Personale A) |
| 5 | Carta dei servizi ai sensi dell’art. 10, comma 2, del D.P.R. 16 del 23 novembre 2009, conforme allo schema di cui alla Delibera di G.R. Campania n. 1835, adottata dalla struttura, evidenziando le tariffe delle prestazioni. Per le strutture per l’infanzia nella carta dei servizi dovranno essere indicati requisiti e  modalità per l’acceso dei bambini nonché il progetto educativo. |
| 6 | Polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari. |
| 7 | Copia Planimetria quotata dei locali e degli eventuali spazi verdi annessi |
| 8 | Relazione sulla gestione delle emergenze\* con relativa planimetria, che costituisce parte integrante della relazione stessa. |
| 9 | Copia del Titolo di godimento dell'immobile dove si realizza il servizio. |
| 10 | Fotocopia del documento di identità |

\*La Relazione sulla gestione delle emergenze dovrà, tra l'altro, contemplare:

* Presenza combustibili - materiali infiammabili;
* Sorgenti di innesco , cucine e impianti termici ed elettrici;
* Misure di protezione passiva - resistenza delle strutture - eventuali compartimentazioni;

- sistema di protezione attiva - impianto di rilevazione fumo - illuminazione di emergenza - impianto di estinzione mobile o fisso;

* misure organizzative - procedure piano di emergenza - personale adeguatamente formato.

Inoltre, SI ALLEGA:

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

**Il sottoscritto è informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, D.Lgs n°101/2018 recante “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 679/2016”, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.**

Firma del Legale Rappresentante

Timbro del Soggetto Prestatore