*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 territoriali e domiciliari del Regolamento 7 aprile 2014, n. 4 – Catalogo dei servizi – Sez. B - “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/A |  |
| CODICE FISCALE |  |
| NATO/A A |  |
| IL |  |
| RESIDENTE IN |  |
| VIA/PIAZZA, N. |  |
| Pec |  |

**in qualità di Legale Rappresentante di:**

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

**CHIEDE**

**l'accreditamento istituzionale** del servizio di seguito indicato, ai sensi della L.R. 11/2007, del regolamento n. 4 del 07/04/2014 e del relativo “catalogo dei Servizi”, di cui alla D.G.R.C. n. 107/2014 e del Regolamento di ambito, approvato con Delibera di Coordinamento istituzionale n. 21 del 01/04/2021, già in possesso del titolo abilitativo previsto:

In caso di strutture indicare:

Denominazione della struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’immobile catastalmente individuato dalla particella n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sub\_\_\_\_ del foglio n.\_\_\_\_del medesimo Comune:

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

|  |  |
| --- | --- |
| Assistenza scolastica |  |
| Progetti terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute |  |
| Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari |  |
| Assistenza Domiciliare socio assistenziale |  |
| Centri per le famiglie |  |
| Servizio di Mediazione culturale |  |
| Servizio di Mediazione familiare |  |
| Laboratori di educativa territoriale |  |
| Centri antiviolenza |  |
| Segretariato sociale |  |
| Telefonia sociale |  |
| Telesoccorso |  |
| Trasporto Sociale |  |
| Unità Mobile di strada |  |
| Servizio di pronto intervento sociale |  |

**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 è stata presentata Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) in data

 presso il Comune di ;

1. 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”;
2. che è iscritto nel registro

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

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

1. che lo scopo sociale comprende la tipologia di attività da accreditare
2. di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II,IX, XI,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);
3. che sono rispettate le norme generali in materia urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;
4. che sono rispettati i contratti di lavoro, gli inquadramenti professionali e le norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;
5. 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;
6. di non essere un'organizzazione di volontariato;
7. di essere in possesso dei requisiti specifici richiamati nel catalogo e quelli previsti dalla normativa comunitaria, statale e regionale per la partecipazione a procedure per l’affidamento di contratti pubblici;
8. di aver adottato e pubblicato sul proprio sito web la Carta dei servizi contenente le finalità dell’ente, le prestazioni erogabili dall’ente, i criteri di accesso ai servizi e alle prestazioni, il funzionamento dei servizi, l’analisi dei processi di lavoro, gli indicatori di qualità e i valori standard di qualità da rispettare, le modalità di valutazione della qualità percepita, le procedure per la tutela degli utenti, redatta secondo quanto previsto dalla DRGC n. 1835 del 20 novembre 2008.

dichiara inoltre che l'attività 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:

|  |  |
| --- | --- |
| **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. 7 co. 1 lett. a ( fac-simile allegato) |
| **6** | Certificato di iscrizione agli Albi di riferimento e/o alla Camera di Commercio. |

**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.**

*Aversa, lì, Firma del Legale Rappresentante*

*Timbro del Soggetto Prestatore*

1. È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino. [↑](#footnote-ref-1)