allegato 1

bando di accreditamento

per l’erogazione del servizio di assistenza domiciliare (SAD e SADH)

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI ACCREDITAMENTO** |

Spett.

Azienda Sociale Destra Secchia

Via U.Roncada n. 53

46020 San Giacomo Segnate (MN)

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fisc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere accreditato per l’erogazione di:**

* **ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD e SADH)**

Consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, di produzione di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità per cui, qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa Impresa decadrà dai benefici previsti dalla presente procedura ovvero, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula del contratto, questo si intenderà risolto di diritto ai sensi dell’art. 1353 e ss. Cod. Civ.,

**DICHIARA**

**□** di possedere i requisiti richiesti nel presente Bando di accreditamento;

**□** di impegnarsi ad erogare i servizi oggetto dell’accreditamento conformemente alle modalità e condizioni indicate nel documento “disciplinare di accreditamento -requisiti minimi di accreditamento per l’erogazione del servizio di assistenza domiciliare (sad),

**□** di possedere una sede operativa in uno dei Comuni della Provincia di Mantova: Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti tel, fax, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** ovvero di IMPEGNARSI ad aprire una sede operativa in uno dei Comuni della Provincia di Mantova prima della stipula del contratto;

**□** di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di privacy (Reg. UE 679/2016 e normativa di esecuzione) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

**SI IMPEGNA**

**□** a rispettare i requisiti, gli standard di erogazione del servizio e gli adempimenti previsti dal presente accreditamento;

**□** a sottoscrivere annualmente la dichiarazione di mantenimento dei requisiti, attraverso la procedura che sarà resa disponibile sul sito dell’Azienda Sociale Destra Secchia;

**□** a soddisfare tempestivamente qualsiasi richiesta venga fatta da Azienda Sociale Destra Secchia al fine della verifica sull’applicazione degli standard gestionali e prestazionali autodichiarati in fase di accreditamento.

**ALLEGA**

I seguenti documenti:

□ allegato 2) requisiti minimi di accreditamento per l’erogazione del servizio di assistenza domiciliare (sad), sottoscritto in calce;

□ allegato 3) Dichiarazione sostitutiva di certificazione, firmato e corredato di documento di identità del Legale Rappresentante o suo Procuratore;

□ allegato 4) Dichiarazione requisiti di onorabilità compilato per ogni soggetto avente poteri di rappresentanza dell’Ente, sottoscritto e corredato da documento di identità di ognuno.

□ Carta del Servizio (che l’impresa sociale provvederà a consegnarla agli utenti all’atto di avvio del servizio) , Statuto e atto costitutivo;

**□** Facsimile del sistema di rendicontazione dei voucher intercettati;

**□** Brochure informativa per il cittadino con informazioni riguardanti il servizio offerto;

**□** Organigramma, con indicazione del Responsabile, elenco del personale (con qualifica e tipologia di contratto), livelli di responsabilità

Oltre a eventuali altri protocolli redatti/utilizzati dall’Impresa:

□ Elenco delle prestazioni aggiuntive e relativi costi

**□** Protocollo operativo destinato al personale assistenziale impiegato nel servizio

………………………lì ………………… Il Rappresentante legale

*(timbro e firma autografa o digitale)*