**MODELLO DI DOMANDA PER**

**DISCIPLINARE DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DOMICILIARI RIVOLTI A PERSONE ANZIANE, ADULTE ANCHE CON DISABILITA’**

Alla Direzione

Azienda Territoriale Servizi alla Persona – Ambito 9 – Bassa Bresciana Centrale

Il Sottoscritto ............................. nato a .............................. il ................... nella sua qualità di legale rappresentante di …………………………………………………………………………

con sede in .....................… Via ...................…………………………. CAP ...........................

Codice Fiscale ……………..…………………. Partita I.VA ..................………………

numero telefonico ........................... e numero fax ....................... , mail ……………………., PEC ………….…,

consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni stabilite dalla vigente normativa dal D.P.R. 445/2000 art. 76 nei confronti di chi effettua dichiarazioni mendaci;

Visto l’Avviso pubblico del 30/10/2020 per la manifestazione di interesse da parte di enti privati, con particolare riguardo a quelli del privato sociale, ai fini della qualificazione degli enti da accreditare per l’erogazione dei servizi sociali domiciliari rivolti a persone anziane, adulte anche con disabilità

**CHIEDE**

di partecipare alla presente procedura di accreditamento ad evidenza pubblica, bandita con determinazione n. 48 del 30/10/2020, in qualità di (*barrare l’ipotesi che interessa*):

* Impresa singola [art. 45 comma 2 lettera a) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];
* Componente di costituendo raggruppamento d’imprese o costituendo Consorzio ordinario d’imprese [art. 48 comma 8 del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];
* Raggruppamento d’imprese o Consorzio ordinario, costituito [art. 45 comma 2 lettere d) – e) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];
* Consorzio stabile [art. 45 comma 2 lettera c) del Codice ex D. Lgs. 50/2016 e smi];
* …………………………………….

**DICHIARA**

**ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:**

*(barrare la casella corrispondente e compilare gli spazi)*

* di essere a conoscenza e di accettare completamente le condizioni previste dall’Avviso, come sopra indicato;
* di essere a conoscenza, in particolare, del fatto che il riconoscimento dell’accreditamento non determina l’inserimento in una graduatoria e non impegna i Comuni dell’Ambito 9 – Bassa Bresciana Centrale e l’Azienda Territoriale Servizi alla Persona per conto dei Comuni all’acquisto di servizi;
* di essere in possesso dei requisiti previsti nell’Avviso sopra citato, come da dichiarazioni allegate;
* di accettare le procedure di monitoraggio, verifica, controllo e valutazione da parte dell’Azienda Territoriale per i servizi alla Persona – Ambito 9 – Bassa Bresciana Centrale, in merito alla presenza e alla permanenza nel tempo dei requisiti di accreditamento;
* di accettare gli oneri di partecipazione relativi alle attività dell’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona mirate al miglioramento continuo connesse all’accreditamento;
* di impegnarsi a erogare i servizi previsti nell’avviso e secondo le tariffe indicate, qualora richiesti, nei seguenti Comuni:
	+ - * + Alfianello
				+ Bagnolo Mella
				+ Bassano Bresciano
				+ Cigole
				+ Fiesse
				+ Gambara
				+ Ghedi
				+ Gottolengo
				+ Isorella
				+ Leno
				+ Manerbio
				+ Milzano
				+ Offlaga
				+ Pavone Mella
				+ Pontevico
				+ Pralboino
				+ San Gervasio Bresciano
				+ Seniga
				+ Verolanuova
				+ Verolavecchia
* Di accreditarsi per le seguenti prestazioni *(indicare una o più prestazioni)*:
	+ - * + Assistenza domiciliare professionale
				+ Assistenza domiciliare generica
				+ Assistenza domiciliare professionale per anziani positivi COVID – 19 o in quarantena
				+ Assistenza socio educativa e di prossimità in piccolo gruppo o individuale e supporto alla rete di sostegno
				+ Consegna pasti a domicilio
				+ Trasporto sociale
				+ Intervento psico-socio educativo di supporto ai caregiver
				+ Movimentazione/ginnastica passiva
* di garantire le seguenti prestazioni aggiuntive non a carico del Comune *(indicare per ciascuna attività la tariffa prevista)*:

Tipologia di prestazione aggiuntiva: Tariffa:

Tipologia di prestazione aggiuntiva: Tariffa:

Tipologia di prestazione aggiuntiva: Tariffa:

Luogo e data,

 IL RAPPRESENTANTE

 O I RAPPRESENTANTI IN CASO DI R.T.I.

 O PROCURATORE DELLA SOCIETA'

 ….………………… …...............................................

NB: **Alla dichiarazione dovrà essere allegata, pena l’invalidità, copia fotostatica di un valido documento di identità del/i dichiarante/i. La presente domanda, in caso di costituendi RTI o consorzi, ai sensi dell’art. 45, comma 2, sub e), è sottoscritta da tutte le imprese.**

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.