

Spett.le

Comune di Desio

P.zza Giovanni Paolo II snc

20832 Desio (MB)

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCREDITAMENTO all'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI NELL'AMBITO DI DESIO****(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

con **sede legale** a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_**sede amministrativa** a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_**sede operativa** a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

N.Telefono \_\_\_\_\_ N.Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE****L'ACCREDITAMENTO DI** \_\_\_\_\_ *(indicare l'ente che si vuole accreditare)* \_\_\_\_\_**PER L'AREA (fare una X sulla voce desiderata):**

- Minori  
 Non Autosufficienza  
 Fragilità

**PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INERENTI IL SERVIZIO SPECIFICO (fare una X sulla voce desiderata):****AREA MINORI**

- INTERVENTI A CONTRASTO DELLA INADEMPIENZA SCOLASTICA (DROP OUT) o N.E.E.T.

- ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE –ADM

**AREA NON AUTOSUFFICIENZA**

- ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE -ADH  
 ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI – SAD/SADH-SCS

**AREA FRAGILITÀ**

- Interventi di mediazione e facilitazione interculturale e di alfabetizzazione (M.I.A.)  
 Interventi di supporto familiare e finanziario (S.F.F.)

**PER (fare una X sulla voce desiderata):**

- l'intero Ambito Territoriale

**oppure**

i seguenti Comuni dell'ambito (minimo n. 2 Comuni):

- BOVISIO MASCIAGO  
 CESANO MADERNO  
 DESIO  
 LIMBIATE  
 MUGGIO'  
 NOVA MILANESE  
 VAREDO

A tal fine, sotto la propria responsabilità ad ogni effetto di legge,

**DICHIARA**

L'accreditamento viene richiesto (**fare una X sulla voce desiderata**):

- come associazione
- come singola impresa/cooperativa
- come consorzio
- come associazione temporanea con i seguenti soggetti:

Capogruppo \_\_\_\_\_

Sede Legale a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Mandante \_\_\_\_\_

Sede Legale a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Mandante \_\_\_\_\_

Sede Legale a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

In qualità di rappresentante legale, attesta altresì il possesso dei requisiti minimi di natura generale, soggettiva e qualitativa, come risulta dalle dichiarazioni sostitutive allegate:

**Allegato A** – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI GENERALI;

**Allegato B** - Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI SOGGETTIVI;

**Allegato C** – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI (uno per ogni servizio per cui si richiede l'accreditamento);

**DICHIARA** inoltre:

- DI ESSERE CONSAPEVOLE che la mancanza di uno qualsiasi dei requisiti generali, soggettivi e qualitativi comporta la NON ammissibilità dell'Ente all'Accreditamento;
- LA PRESA VISIONE E PIENA ACCETTAZIONE del documento "Principi e Criteri generali dell'Accreditamento – Ambito di Desio" e del "Disciplinare" relativo al/ai servizio/servizi per cui richiede l'accreditamento;
- DI IMPEGNARSI ALLA SOTTOSCRIZIONE del Patto di Accreditamento.

Chiede che le comunicazioni relative alla presente istanza di Accreditamento siano inviate al seguente indirizzo:

Denominazione  
Via e n. civico  
Città e Provincia  
Tel. E Fax  
E-mail  
PEC

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

*(La presente istanza e le dichiarazioni di cui sopra devono recare la sottoscrizione autenticata, oppure nel rispetto della normativa vigente, recare la sottoscrizione semplice accompagnata dalla fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante – ex D.P.R. n. 445/2000).*

***N.B. In Caso di Associazione temporanea di imprese la dichiarazione deve essere prodotta sia dalle mandanti che dalla capogruppo (delegataria).***

**ALLEGATO A – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI GENERALI**

**(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere iscritto (**fare una X sulla voce desiderata**)

- alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura, competente per territorio (*precisare estremi di iscrizione*) \_\_\_\_\_ per la specifica attività oggetto dell'accREDITamento, al n \_\_\_\_\_
- **(per le Cooperative sociali)** all'Albo e/o Registro Regionale e/o Provinciale delle Cooperative Sociali e/o RUNTS
- **(per le Associazioni)** al Registro Nazionale e/o Regionale e/o Provinciale delle Associazioni e/o RUNTS

**DICHIARA** inoltre, di essere in possesso dei REQUISITI GENERALI:

1. Che lo scopo sociale, congruente con la tipologia di servizio per la quale si richiede l'accREDITamento, è \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ come risulta da \_\_\_\_\_

(*allegare statuto, atto costitutivo, etc.*);

2. di non incorrere in alcuno dei motivi di esclusione previsti dall'art. 80 del d.l. 50/2016;
3. assenza di procedimenti o provvedimenti ai sensi delle Leggi 646/1982 e 936/1982 e successive modifiche e integrazioni, recanti disposizioni in materia di lotta alla delinquenza mafiosa

4. di applicare integralmente, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale. L'obbligo di cui al presente punto vincola il fornitore accreditato, anche se non aderente alle Associazioni stipulanti o se receda da esse; in caso di Cooperative è richiesto inoltre il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali calcolati sul salario pieno, con esclusione del riferimento al salario convenzionale;
5. di aver stipulato adeguato contratto di copertura assicurativa RC per operatori ed utenti;
6. di essere in regola con gli obblighi concernenti la legislazione in materia di lavoro dei disabili (Legge 13 marzo 1999 n. 68) o di non essere soggetto agli obblighi concernenti la legislazione in materia di diritto del lavoro dei disabili;
7. di non essersi avvalsi di piani individuali di emersione di cui all'art. 1 bis, comma 14, Legge n. 383/2001 e s.m.i. oppure di essersi avvalsi di piani individuali di emersione di cui all'art. 1 bis, comma 14, Legge n. 383/2001 e s.m.i., ma che il periodo di emersione si è concluso entro il termine ultimo di presentazione della domanda di accreditamento;
8. di rispettare del D.Lgs. 81/2008 "Testo unico sicurezza" e successive modifiche e integrazioni;
9. di non aver provocato, per fatti imputabili a colpa del soggetto gestore, accertata giudizialmente, la risoluzione dei contratti di accreditamento o convenzioni, stipulati negli ultimi 10 anni, per la gestione della medesima unità d'offerta/servizio;
10. di essere in possesso della Carta dei servizi (a norma dell'art. 13 della legge 328/00 e del Paragrafo 6 del Piano Sociale Nazionale 2001-03).

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato B – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI SOGGETTIVI**

**NOTA PER LA COMPILAZIONE**

I REQUISITI SOGGETTIVI devono essere posseduti da:

- Titolare o direttore tecnico – **per impresa individuale**
- Tutti i soci o direttore tecnico – **per società in nome collettivo**
- Direttori tecnici e soci accomandatari – **per società in accomandata semplice**
- Direttori tecnici, amministratori con poteri di rappresentanza, membri degli organi con poteri direzionali o di vigilanza o soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo o il socio unico persona fisica o il socio di maggioranza in caso di società con meno di 4 soci – **per altro tipo di società, associazione o consorzio.**

Devono inoltre essere posseduti dai **titolari delle suddette cariche cessate nell'anno antecedente** la data di presentazione della domanda di accreditamento

**Ognuno dei soggetti sopra indicati deve produrre la dichiarazione sotto riportata.**

**In caso di ATI le dichiarazioni devono essere prodotte sia dalla capogruppo che dai singoli mandanti.**

**(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere in possesso dei REQUISITI SOGGETTIVI:

1. Assenza di procedimenti penali pendenti per fatti imputabili alla gestione dell'ente stesso;
2. Assenza di condanne definitive per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale;
3. Assenza di condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
4. Assenza condanna penale accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
5. Assenza di procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
6. Insussistenza di condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del Codice di Procedura Penale, per uno dei reati previsti dall'art. 80, commi 1 e 2 del decreto legislativo 50/2016;
7. Insussistenza di sentenza di condanna passata in giudicato o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art.444 del Codice di Procedura Penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale;
8. Insussistenza di condanna con sentenza di passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione ad un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art.45, paragrafo 1, della Direttiva Ce 2004/18.

**DICHIARA** inoltre (fare una X sulla voce desiderata)

- di avere ricoperto la carica sopra indicata per tutto l'anno antecedente la data di presentazione della presente istanza;

- che nell'anno antecedente la formulazione della presente istanza la carica sopra indicata

è stata ricoperta da \_\_\_\_\_

**(indicare nome e cognome della persona che ha ricoperto la carica)**

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI SPECIFICA PER L'INTERVENTO:****INTERVENTI A CONTRASTO DELLA INADEMPIENZA SCOLASTICA (DROP OUT) o N.E.E.T.****(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che l'unità di offerta/servizio da accreditare è in possesso dei seguenti REQUISITI QUALITATIVI (fare una X sulle voci):

- Esperienza di almeno tre anni nell'ambito dell'assistenza educativa oggetto della presente domanda di accreditamento;
- Ore dedicate all'aggiornamento professionale del personale impiegato nel servizio nell'ultimo triennio concluso all'atto della presentazione dell'istanza non inferiore allo 0,7 % annuo del proprio monte ore di servizio;
- impegno a prendere in carico tutti gli utenti residenti nei Comuni accreditanti, in possesso di un piano di presa in carico autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
- presenza di un coordinatore in possesso del titolo di studio di Assistente Sociale o di altra Laurea in materie psico-sociali ovvero, in alternativa, con almeno due anni di esperienza nel coordinamento di servizi educativi: il Coordinatore sarà figura di riferimento per il servizio oggetto del bando, con funzioni di raccordo con il Comune accreditante, organizzazione complessiva del servizio e gestione del personale **(allegare CV)**;
- la qualifica degli educatori del servizio per cui si richiede l'accREDITamento rispetta i criteri indicati sul documento "Disciplinare" alla voce del servizio oggetto della presente domanda; **(Allegato: Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane)**
- impegno a dedicare all'aggiornamento professionale attinente al profilo e/o alla supervisione del personale impiegato nei servizi almeno 10 ore annue;
- adottare e/o recepire dall'Ambito strumenti di monitoraggio e valutazione della soddisfazione del cliente e impegno a produrre report annuali al committente;
- garanzia della sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente pari qualifica;
- fornitura di adeguati strumenti ed ausili al personale impiegato per l'espletamento delle mansioni, nonché per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

- fornitura di adeguati mezzi per lo spostamento del personale sul territorio o, in caso di utilizzo di mezzi propri da parte degli operatori, garanzia di rimborso agli stessi del costo chilometrico;
- possibilità di contatto da parte dell'utenza per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e servizio di segreteria telefonica negli altri giorni ed orari;
- arco temporale di garanzia del servizio: 6 giorni su 7, giorni feriali, con orario dalle 8 alle 20;
- impegno ad attivare il servizio: entro 15 gg. lavorativi dalla presentazione del Voucher;
- impegno a effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili a norma del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679; **(Indicare di seguito il nominativo del responsabile: \_\_\_\_\_)**
- impegno ad attivare, su richiesta dei servizi sociali, modalità di erogazione del servizio in piccoli gruppi;

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI SPECIFICA PER L'INTERVENTO:**

**SERVIZIO ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE MINORI E DISABILI (ADM – ADH)**

**(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che l'unità di offerta/servizio da accreditare è in possesso dei seguenti REQUISITI QUALITATIVI (fare una X sulle voci):

- Esperienza di almeno tre anni nell'ambito dell'assistenza educativa oggetto della presente domanda di accreditamento;
- Ore dedicate all'aggiornamento professionale del personale impiegato nel servizio nell'ultimo triennio concluso all'atto della presentazione dell'istanza non inferiore allo 0,7 % annuo del proprio monte ore di servizio;
- impegno a prendere in carico tutti gli utenti residenti nei Comuni accreditanti, in possesso di un piano di presa in carico autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
- presenza di un coordinatore in possesso del titolo di studio di Assistente Sociale o di altra Laurea in materie psico-sociali ovvero, in alternativa, con almeno due anni di esperienza nel coordinamento dei servizi ADM/ADH: il Coordinatore sarà figura di riferimento per il servizio oggetto del bando, con funzioni di raccordo con il Comune accreditante, organizzazione complessiva del servizio e gestione del personale; reperibilità telefonica nei confronti dei Comuni Accreditanti dalle 8.00 alle 19.00 dal lunedì al sabato; **(allegare CV)**;
- la qualifica degli educatori del servizio per cui si richiede l'accREDITAMENTO rispetta i criteri indicati sul documento "Disciplinare" alla voce del servizio oggetto della presente domanda; **(Allegato: Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane)**;
- impegno a dedicare all'aggiornamento professionale attinente al profilo e/o alla supervisione del personale impiegato nei servizi almeno 10 ore annue;
- adottare e/o recepire dall'Ambito strumenti di monitoraggio e valutazione della soddisfazione del cliente e impegno a produrre report annuali al committente;
- garanzia della sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente pari qualifica;

- fornitura di adeguati strumenti ed ausili al personale impiegato per l'espletamento delle mansioni, nonché per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- fornitura di adeguati mezzi per lo spostamento del personale sul territorio o, in caso di utilizzo di mezzi propri da parte degli operatori, garanzia di rimborso agli stessi del costo chilometrico;
- possibilità di contatto da parte dell'utenza per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e servizio di segreteria telefonica negli altri giorni ed orari;
- arco temporale di garanzia del servizio: 7 giorni su 7, con orario dalle 8 alle 22, festività se richieste;
- capacità di attivazione del servizio di domicilio dell'utente: entro 3 gg. lavorativi dalla presentazione del Voucher; entro 48 ore in casi di particolare urgenza segnalata dai Servizi;
- impegno a effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili a norma del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679; **(Indicare di seguito il nominativo del responsabile: \_\_\_\_\_)**
- impegno ad attivare, su richiesta dei servizi sociali, modalità di erogazione del servizio in piccoli gruppi;

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI SPECIFICA PER L'INTERVENTO:****Interventi di mediazione e facilitazione interculturale e di alfabetizzazione (M.I.A.)****(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che l'unità di offerta/servizio da accreditare è in possesso dei seguenti REQUISITI QUALITATIVI (fare una X sulle voci):

- Esperienza di almeno tre anni nell'ambito della mediazione e facilitazione interculturale e di alfabetizzazione;
- impegno a prendere in carico tutti gli utenti residenti nei Comuni accreditanti, in possesso di un piano di presa in carico autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
- presenza di un coordinatore in possesso del titolo di Laurea in materie linguistiche e con esperienza lavorativa in ambito sociale ovvero, in alternativa, con almeno due anni di esperienza nel coordinamento dei servizi di mediazione interculturale e di alfabetizzazione: il Coordinatore sarà figura di riferimento per il servizio oggetto del bando, con funzioni di raccordo con l'Equipe Multidisciplinare e l'Ufficio di Piano, organizzazione complessiva del servizio e gestione del personale; **(Allegare CV)**
- la qualifica degli operatori del servizio per cui si richiede l'accreditamento rispetta i criteri indicati sul documento "Disciplinare" alla voce del servizio oggetto della presente domanda; **(Allegato: Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane)**
- impegno a dedicare all'aggiornamento professionale attinente al profilo e/o alla supervisione del personale impiegato nei servizi almeno 10 ore annue;
- adottare e/o recepire dall'Ambito strumenti di monitoraggio e valutazione della soddisfazione del cliente e impegno a produrre report annuali al committente;
- garanzia della sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente pari qualifica;
- arco temporale di garanzia del servizio: 6 giorni su 7, giorni feriali, con orario dalle 8 alle 20;
- impegno ad attivare il servizio: entro 15 gg. lavorativi dalla presentazione del Voucher;
- impegno a effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili a norma del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679; **(Indicare di seguito il Nominativo del responsabile: \_\_\_\_\_)**

- impegno ad attivare, su richiesta dei servizi sociali, modalità di erogazione del servizio in gruppi;

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI SPECIFICA PER L'INTERVENTO:****SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE – SAD – SADH****(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che l'unità di offerta/servizio da accreditare è in possesso dei seguenti REQUISITI QUALITATIVI (fare una X sulle voci):

- Esperienza di almeno tre anni nell'ambito dell'assistenza domiciliare oggetto della presente domanda di accreditamento;
- Ore dedicate all'aggiornamento professionale del personale impiegato nel servizio nell'ultimo triennio concluso all'atto della presentazione dell'istanza non inferiore allo 0,7 % annuo del proprio monte ore di servizio;
- impegno a prendere in carico tutti gli utenti residenti nei Comuni accreditanti, in possesso di un piano di presa in carico autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
- presenza di un coordinatore in possesso del titolo di studio di Assistente Sociale o di altra Laurea in materie psico-sociali ovvero, in alternativa, con almeno due anni di esperienza nel coordinamento dei SAD: il Coordinatore sarà figura di riferimento per il servizio oggetto del bando, con funzioni di raccordo con il Comune accreditante, organizzazione complessiva del servizio e gestione del personale; reperibilità telefonica nei confronti dei Comuni Accreditanti dalle 7.30 alle 20.30 dal lunedì alla domenica; **(Allegare CV)**
- la qualifica degli operatori del servizio per cui si richiede l'accREDITAMENTO rispetta i criteri indicati sul documento "Disciplinare" alla voce del servizio oggetto della presente domanda; **(Allegato: Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane);**
- impegno a garantire la continuità del rapporto operatore/utente (max 2 operatori per PAI);
- impegno a dedicare all'aggiornamento professionale attinente al profilo e/o alla supervisione del personale impiegato nei servizi almeno 10 ore annue;
- adottare e/o recepire dall'Ambito strumenti di monitoraggio e valutazione della soddisfazione del cliente e impegno a produrre report annuali al committente;
- garanzia della sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente pari qualifica;

- presentazione di un turn over ASA/OSS inferiore a 0,40, calcolato per gli ultimi 2 anni e in base alla seguente formula:  $turn\ over = \frac{\text{numero ASA/OSS dimissionari}}{\text{numero medio ASA/OSS in servizio}}$  dove per numero di ASA/OSS dimissionari si intende il numero di ASA/OSS che hanno terminato il rapporto di lavoro con la sola esclusione del collocamento a riposo (pensione) negli ultimi due anni e per numero medio di ASA/OSS in servizio si intende il numero medio mensile degli ultimi due anni, calcolato nel seguente modo:  $(n. ASA/OSS\ gen-20\_ \_) + (n. ASA/OSS\ feb-20\_ \_) + \dots : 24\ mesi$ ; Per ASA/OSS in servizio si intende qualunque tipo di rapporto di lavoro (dipendenti, collaboratori coordinati continuativi, incarichi professionali, ecc.) **(Allegato: Attestazione parametro turn over ASA/OSS)**
- fornitura di adeguati strumenti ed ausili al personale impiegato per l'espletamento delle mansioni, nonché per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali; **(Allegare elenco strumenti ed ausili in dotazione al personale)**
- fornitura di adeguati mezzi per lo spostamento del personale sul territorio o, in caso di utilizzo di mezzi propri da parte degli operatori, garanzia di rimborso agli stessi del costo chilometrico;
- possibilità di contatto da parte dell'utenza per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e servizio di segreteria telefonica negli altri giorni ed orari;
- arco temporale di garanzia del servizio: 7 giorni su 7, con orario dalle 7 alle 22, festività se richieste;
- capacità di attivazione del servizio di domicilio dell'utente: entro 3 gg. lavorativi dalla presentazione del Voucher; entro 48 ore in casi di particolare urgenza segnalata dai Servizi;
- impegno a effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili a norma del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679; **(Indicare il nominativo del responsabile: \_\_\_\_\_)**
- impegno a fornire ai servizi sociali dei Comuni dell'Ambito, entro 30 gg dall'esito del processo di accreditamento, adeguata quantità di materiale informativo da consegnare agli utenti e indicazione proprio sito web (se disponibile); **(Allegato: materiale illustrativo)**

**In riferimento ai Servizi Collaterali al SAD (SCS), DICHIARA** che l'unità di offerta/servizio da accreditare è in possesso dei seguenti REQUISITI QUALITATIVI (fare una X sulle voci):

- impegno a prendere in carico tutti gli utenti residenti nei Comuni accreditanti, in possesso di un piano di cura in cui sia specificata la richiesta di servizi collaterali al SAD ed autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
- impegno a garantire attività di coordinamento nell'ambito del Servizio di Assistenza Domiciliare;
- Elenco e relativo inquadramento professionale degli operatori che verranno impiegati nel servizio oggetto del presente bando **(Allegato: Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane e strumentali)**
- impegno a garantire la formazione sui temi della sicurezza (Decreto Legislativo 81/2008) come da normativa vigente al personale impegnato nel servizio SCS;
- adottare e/o recepire dall'Ambito strumenti di monitoraggio e valutazione della soddisfazione del cliente e impegno a produrre report annuali al committente;

- garanzia della sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente pari qualifica;
- fornitura di adeguati strumenti ed ausili al personale impiegato per l'espletamento delle mansioni, nonché per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali; **(Allegare elenco strumenti ed ausili in dotazione al personale)**
- fornitura di adeguati mezzi per lo spostamento del personale sul territorio o, in caso di utilizzo di mezzi propri da parte degli operatori, garanzia di rimborso agli stessi del costo chilometrico;
- arco temporale di garanzia del servizio: 7 giorni su 7, con orario dalle 8 alle 18;
- capacità di attivazione del servizio di domicilio dell'utente: entro 3 gg. lavorativi dalla presentazione del Voucher; entro 48 ore in casi di particolare urgenza segnalata dai Servizi
- impegno a effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili a norma del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679; **(Indicare di seguito il nominativo del responsabile: \_\_\_\_\_)**

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C – Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI SPECIFICA PER L'INTERVENTO:****Interventi di supporto familiare e finanziario (S.F.F.)****(Compilare il modulo in ogni sua parte)**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante/procuratore della \_\_\_\_\_

**DICHIARA** che l'unità di offerta/servizio da accreditare è in possesso dei seguenti REQUISITI QUALITATIVI (fare una X sulle voci):

- Esperienza di almeno tre anni nell'ambito del supporto familiare e finanziario;
- impegno a prendere in carico tutti gli utenti residenti nei Comuni accreditanti, in possesso di un piano di presa in carico autorizzato dai Servizi Sociali comunali;
- presenza di un coordinatore in possesso del titolo di Laurea in materie psico-sociali e con esperienza lavorativa in ambito sociale ovvero, in alternativa, con almeno due anni di esperienza nel coordinamento dei servizi di supporto familiare e finanziario: il Coordinatore sarà figura di riferimento per il servizio oggetto del bando, con funzioni di raccordo con l'Equipe Multidisciplinare e l'Ufficio di Piano, organizzazione complessiva del servizio e gestione del personale; **(Allegare CV)**
- la qualifica degli operatori del servizio per cui si richiede l'accreditamento rispetta i criteri indicati sul documento "Disciplinare" alla voce del servizio oggetto della presente domanda; **(Allegato: Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane);**
- impegno a dedicare all'aggiornamento professionale attinente al profilo e/o alla supervisione del personale impiegato nei servizi almeno 10 ore annue;
- adottare e/o recepire dall'Ambito strumenti di monitoraggio e valutazione della soddisfazione del cliente e impegno a produrre report annuali al committente;
- garanzia della sostituzione tempestiva del personale assente, con altro avente pari qualifica;
- possibilità di contatto da parte dell'utenza per almeno 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì e servizio di segreteria telefonica negli altri giorni ed orari;
- arco temporale di garanzia del servizio: 6 giorni su 7, giorni feriali, con orario dalle 8 alle 20;
- impegno ad attivare il servizio: entro 15 gg. lavorativi dalla presentazione del Voucher;
- impegno a effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili a norma del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679; **(Indicare di seguito il nominativo responsabile: \_\_\_\_\_)**

- impegno ad attivare, su richiesta dei servizi sociali, modalità di erogazione del servizio in gruppi.

DATA \_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/IL PROCURATORE

Firma \_\_\_\_\_

**ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO:**

**GENERALI (per tutti i servizi/unità d'offerta):**

- Statuto e carta dei servizi
- Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI GENERALI
- Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI SOGGETTIVI
- Dichiarazione sostitutiva relativa ai REQUISITI QUALITATIVI per specifico servizio
- Scheda anagrafica identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane
- CV coordinatore del servizio

**SPECIFICI PER IL SERVIZIO ACCREDITANDO:**

***solo per i servizi dell'AREA MINORI :***

- Dichiarazione di impegno rispetto D.lgs. n. 39/2014

***solo per SAD e SADH:***

- Parametro turn over ASA\_OSS + elenco strumenti e ausili in dotazione agli operatori

Data, \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

---