

SU PROPRIA CARTA INTESTATA

DOMANDA ACCREDITAMENTO SAD 2025-2027

Spett.le
A.S.C. "Risorsa Sociale Gera d'Adda"
Via Crippa 9
24047 TREVIGLIO

OGGETTO: DOMANDA BANDO PUBBLICO PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE ACCREDITAMENTO E VOUCHERIZZAZIONE AMBITO TERRITORIALE DI TREVIGLIO TRIENNIO 2025-2027

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente in _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante/ procuratore della Ditta _____

con sede legale a _____ in Via _____ n. _____

con sede amministrativa in _____ Via _____ n. _____

Cod. Fisc. _____ P. IVA _____

N. Telefono _____ N. Fax _____

E-mail _____

CHIEDE

Di essere accreditato, per la fornitura del servizio in oggetto:

- ◆ per tutti i Comuni dell'Ambito che hanno aderito alla voucherizzazione SAD (Arcene, Arzago d'Adda, Brignano Gera d'Adda, Calvenzano, Canonica D'Adda, Caravaggio, Casirate d'Adda, Castel Rozzone, Fara Gera d'Adda, Fornovo S. Giovanni, Lurano, Misano Gera d'Adda, Mozzanica, Pagazzano, Pognano, Pontirolo Nuovo, Spirano, Treviglio);

L'accreditamento viene richiesto:

- come singola impresa
- come Ente pubblico erogatore
- 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. _____

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

A TAL FINE DICHIARA:

(ai sensi del D.P.R. 445/00 dichiarazione sostitutiva)

1. di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente, in ogni sua parte ed elaborato, il contenuto dei documenti "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE ACCREDITAMENTO E VOUCHERIZZAZIONE AMBITO TERRITORIALE DI TREVIGLIO TRIENNIO 2025-2027" (allegato A del bando) nonché l'iter procedimentale dell'accreditamento;
2. di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura, competente per territorio (precisare estremi di iscrizione) _____ per la specifica attività oggetto dell'accreditamento al n _____;
3. (per le Cooperative) di essere regolarmente iscritti all'Albo delle Società Cooperative istituito con D.M. 23/6/2004 (precisare estremi di iscrizione _____ e (solo per le Cooperative Sociali) di essere regolarmente iscritto al relativo Albo Regionale (precisare estremi di iscrizione) _____;
4. che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi è la seguente _____;
5. possesso di regolarità contributiva (DURC regolare);
6. scopo sociale (mission aziendale) _____;
7. di non essere soggetto a cause di esclusione ai dell'art. 94 e ss del D.LGS. n. 36/2023;

8. 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;
9. (in caso di Cooperative) di impegnarsi a versare il trattamento assistenziale e previdenziale dei lavoratori impegnati nei servizi oggetto di accreditamento sulla base del salario pieno, con esclusione del riferimento al salario convenzionale;
10. di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi della L. n.68/99 e ss.mm.ii.; oppure che l'impresa non è tenuta al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi della citata L. n. 68/99 e ss.mm.ii. e nel rispetto della "Legge quadro della disabilità" di cui alla legge 22 dicembre 2021 n. 227;
11. di non essersi avvalso di piani individuali di emersione di cui all'art.1 bis, comma 14, Legge n. 383/2001 e ss.mm.ii. oppure dichiara di essersi avvalso di piani individuali di emersione di cui all'art.1 bis, comma 14, Legge n. 383/2001 e ss.mm.ii., ma che il periodo di emersione si è concluso entro il termine ultimo di presentazione della domanda di accreditamento;
12. di avere adottato la Carta dei Servizi;
13. di possedere i requisiti specifici richiesti da "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE ACCREDITAMENTO E VOUCHERIZZAZIONE AMBITO TERRITORIALE DI TREVIGLIO TRIENNIO 2025-2027" (allegato A del bando);
14. di impegnarsi, a proprio carico, all'utilizzo del gestionale per i servizi domiciliari adottato da Risorsa Sociale;
15. che la sede operativa dell'Impresa/Associazione temporanea d'impresе/Consorzio/Ente pubblico erogatore nel territorio dell'Ambito Territoriale di Treviglio (o nel raggio di 25 Km. dai confini) è ubicata a _____ in Via _____ tel. _____;
16. che le generalità delle persone autorizzate a rappresentare ed impegnare legalmente l'impresa sono le seguenti: _____;
17. che le generalità del Responsabile della privacy (trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 regolamento UE. 679/2016 G.D.P.R.) sono le seguenti: _____;
18. il nominativo del Responsabile della Sicurezza è il seguente: _____.

Allega al riguardo la seguente documentazione:

- "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MEDIANTE ACCREDITAMENTO E VOUCHERIZZAZIONE SAD 2025-2027" firmato e datato in ogni pagina per l'accettazione in tutte le sue parti (ALLEGATO A);
- Autodichiarazione dei requisiti e specifici allegati SAD 2025-2027 (ALLEGATO B);
- ELENCO DEL PERSONALE SAD 2025-2027 (con indicazione del titolo di studio, qualifica di assunzione, tipologia del contratto e monte ore – ALLEGATO C);
- Carta di identità del legale rappresentante.

N.B. Al fine di consentire ai fornitori di mettere in luce le caratteristiche del proprio servizio e quindi agevolare la successiva valutazione e scelta da parte dell'utente, essi potranno segnalare e documentare ulteriori elementi di qualità rispetto quanto richiesto dal disciplinare di servizio, presentando schematico progetto, che sarà vincolante nei confronti dell'utenza senza ulteriore aggravio di costi.

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente bando di accreditamento sia comunicata al seguente indirizzo di posta

via _____ cap _____ comune di _____
n.fax. _____ E-mail _____

DATA _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE / IL
PROCURATORE

Firma _____