

**Al Comune di Partinico  
Capofila del Distretto Socio-Sanitario n. 41  
Ufficio Protocollo  
Piazza Umberto I  
Partinico**

**OGGETTO: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER LA GESTIONE, NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 41, DI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI, A MEZZO DI VOUCHER.**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di Legale rappresentante:

della Coop.va \_\_\_\_\_

dell'Ente \_\_\_\_\_

dell'Azienda \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Con sede amministrativa a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

COD. FISC. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

INPS sede di \_\_\_\_\_ Matricola Azienda N. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_ Codice Ditta N. \_\_\_\_\_

N. tel. \_\_\_\_\_ N. fax \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_,

### **CHIEDE**

L'accreditamento della  Cooperativa  dell'Ente  dell'Azienda per l'erogazione dei servizi distrettuali di:

- ASSISTENZA SPECIALISTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE IN FAVORE DI ALUNNI PORTATORI DI HANDICAP FISICI, PSICHICI O SENSORIALI FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO;
- ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE/TERRITORIALE MINORI;
- ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE/TERRITORIALE MINORI DISABILI;
- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI;
- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ GRAVE (MINORI, ADULTI, ANZIANI);

## Allegato "A1"

- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ GRAVISSIMA;
- ASSISTENZA DOMICILIARE (OSA, OSS, ASSISTENTE FAMILIARE) IN FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO LIEVE (MINORI, ADULTI, ANZIANI);
- SERVIZIO TRASPORTO DISABILI.

A tal fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici conseguiti in seguito al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

### DICHIARA

*(barrare il quadratino o se ricorre il caso compilare l'ipotesi che interessa)*

Che la \_\_\_\_\_ è iscritta all'albo regionale di cui all'art. 26 della L. R. 22/86 per la sezione:

ANZIANI tipologia Assistenza Domiciliare (riportare estremi del Decreto di iscrizione)

\_\_\_\_\_

DISABILI tipologia Assistenza Domiciliare (riportare estremi del Decreto di iscrizione)

\_\_\_\_\_

MINORI tipologia Assistenza Domiciliare (riportare estremi del Decreto di iscrizione)

\_\_\_\_\_

**(solo per le cooperative sociali)** che la cooperativa è iscritta/o all'Albo Nazionale delle società cooperative istituito con D.M. 23/06/04 c/o la C.C.I.A.A competente per territorio \_\_\_\_\_;

(indicare i dati di iscrizione)

Che l'impresa è iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_ con numero REA \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

che lo scopo sociale della Coop./ Ente/ Azienda è specifico per la tipologia di attività da accreditare;

di aver preso integrale e accurata visione degli atti di accreditamento pubblicati sul sito istituzionale del Comune di Partinico;

che le prestazioni professionali saranno svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare;

che è in possesso dei requisiti organizzativo – gestionali;

che la composizione del C.d.A. (con indicazione del nominativo del legale rappresentante dell'Ente e dei dati anagrafici di tutti i componenti) è la seguente:

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

che gli amministratori muniti di potere di rappresentanza sono i seguenti:  
(indicare cognome e nome, data e luogo di nascita)

---

---

---

che direttore tecnico (ove esistente) è il Signor :  
(indicare cognome e nome, data e luogo di nascita)

---

che la Ditta mantiene le seguenti regolari posizioni previdenziali ed assicurative ;  
presso l'INPS sede di \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
presso l'INAIL sede di \_\_\_\_\_ codice ditta N \_\_\_\_\_  
dimensione aziendale \_\_\_\_\_ ed è in regola con i relativi versamenti e si impegna  
affinché detta regolarità contributiva permanga per tutta la durata del servizio;

che il personale da adibire al servizio di assistenza domiciliare anziani e/o disabili è dotato di apposita qualifica professionale a norma di legge;

di accettare il costo orario dei **voucher**, nel rispetto del CCNL di settore.

di fornire al personale impiegato nel servizio adeguati strumenti ed ausili per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti secondo quanto previsto dal Regolamento Generale Europeo 2016/679;

di essere a conoscenza che, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, e successive modifiche e integrazioni., i propri dati, anche personali, verranno trattati esclusivamente per le esigenze procedurali;

non si trova in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. (allegato 1);

ha capacità tecnica (D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.) e di seguito si allegano i principali servizi prestati:

---

---

---

---

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali in favore dei lavoratori secondo la normativa vigente (D.U.R.C.)
- di applicare nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci, dei CCNL di settore e degli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale. L'obbligo di cui al presente punto vincola il soggetto 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;

- di avere regolare posizione rispetto agli obblighi ed adempimenti in materia di diritto al lavoro dei disabili, di cui alla Legge n. 68/1999;
- 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;
- di essere possesso dei requisiti previsti dal D.Lgs.159/2011 "Normativa antimafia" e smi;

di accettare ed impegnarsi a rispettare gli standards assunti per il servizio/i per cui si chiede l'accREDITAMENTO e meglio esplicitati nell'allegato "Standard servizi".

di impegnarsi ad adempiere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni .

*(Ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge n. 136/2010 e successive modifiche e integrazioni, tutti i movimenti finanziari relativi al servizio devono essere effettuati tramite lo strumento del bonifico bancario o postale ovvero con altri strumenti di incasso o di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, salvo quanto previsto dal comma 3 del citato art. 3. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 3, comma 9 bis, della legge n. 137/2010, nel testo modificato dalla Legge n. 217/2010).*

di non aver nulla a pretendere dal Comune nella eventualità in cui, per qualsiasi motivo, a suo insindacabile giudizio, decida di interrompere o annullare in qualsiasi momento la procedura di accreditamento o decida di non procedere agli accreditamenti o alla sottoscrizione del Patto di accreditamento;

di essere a conoscenza e di accettare le clausole del protocollo di legalità "Accordo Quadro Carlo Alberto Dalla Chiesa" stipulato il 12/07/2005 fra la Regione Siciliana, il Ministero dell'Interno, le Prefetture dell'Isola, l'Autorità di Vigilanza sui Lavori Pubblici, l'INPS e L'INAIL, e in particolare del protocollo di legalità sottoscritto in data 05/03/2019, dal comune capofila Partinico con la Prefettura di Palermo "Clausole di legalità – Obblighi dell'ETS" .

**NOTA BENE**

***Al presente modello deve essere allegata copia fotostatica leggibile di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.***

Ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 196/03, si informa che i dati forniti saranno oggetto di trattamento, da parte del Comune nell'ambito delle norme vigenti, esclusivamente per le finalità connesse all'accREDITAMENTO e per l'eventuale sottoscrizione del Patto di accREDITAMENTO.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
Il Legale Rappresentante