

# AL COMUNE DI VITTORIA

Direzione Servizi alla Persona

**97019 Vittoria RG**

Prot. n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

## **ISTANZA DI ACCREDITAMENTO**

Per la gestione di progetti assistenziali per persone  
in condizione di disabilità

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di rappresentante legale della \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

al quale inviare la corrispondenza relativa all'accREDITAMENTO

### **CHIEDE**

Di partecipare alla procedura di accREDITAMENTO per la gestione di progetti assistenziali a favore di persone in condizione di disabilità indicando nello specifico, per quali Comuni del Distretto Socio sanitario D43 intende accREDITarsi e per quali dei seguenti progetti :

- **PROSECUZIONE INTERVENTO ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRASETTANTACINQUENNI \***  
(solo per il Comune di Vittoria)
- **DISABILITA' GRAVE. ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO \***

**Per i Comuni di :**

- **Vittoria**
- **Comiso**
- **Acate**

( \* indicare apponendo una crocetta )

A tal fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR n. 445/00 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

### **DICHIARA**

di aver preso esatta cognizione della natura del servizio oggetto dell'Avviso Pubblico in questione e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla loro esecuzione;  
di avere integralmente visionato e di accettare, senza condizioni o riserva alcuna, tutte le condizioni incluse nell'Avviso Pubblico;

### **Inoltre DICHIARA**

1. Di non essere in nessuna situazione prevista dall'art. 80, commi 4 e 5 del D.Lgs n. 50/2016 "Motivi di esclusione"
2. di godere dei diritti civili;
3. che la struttura \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

- J risulta iscritta all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86, per la sezione disabili, in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- J risulta iscritta nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ per l'attività \_\_\_\_\_
- J risulta in regola ai fini del DURC e che la posizione INPS è \_\_\_\_\_ e la posizione INAIL è \_\_\_\_\_;
- J di impegnarsi a sottoscrivere, in caso di aggiudicazione, il contratto di servizio, provvedendo a tal fine, alla presentazione della documentazione che verrà richiesta dalla Direzione Servizi alla Persona- Uffici Servizi Sociali del Comune di Vittoria,

- J di essere in regola con gli adempimenti previsti dal D.lgs. 81/08 e successive modificazioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- J di essere in possesso di idonea capacità economica e finanziaria attestabile per mezzo di referenze rilasciate da almeno un istituto bancario;
- J di essere in possesso di un fatturato globale dell'ultimo triennio (anno 2016, 2017, 2018) relativo ai servizi identici o simili a quello oggetto dell'accreditamento, non inferiore ad € 510.429,86 IVA compresa;
- J di avere un numero di Operatori adeguato allo svolgimento del servizio de quo, con adeguata formazione, qualificazione ed esperienza professionale;
- J di rispettare i contratti collettivi nazionali per gli Operatori impiegati, ed essere in regola con gli obblighi previdenziali nonché impegnarsi a dotarsi di Assicurazione per operatori e clienti utenti (RCO, RCT) con esclusivo riferimento al servizio in questione, sollevando l'Amministrazione Comunale da qualsiasi responsabilità a qualsivoglia titolo. La polizza dovrà essere operativa alla data dell'attivazione del servizio;
- J di possedere specifica esperienza nel settore oggetto dell'accreditamento di almeno 24 mesi nel triennio antecedente la pubblicazione dell'avviso di accreditamento per la gestione del servizio in parola, per aver svolto servizi identici a quello del presente Capitolato presso Enti Pubblici;
- J di essere in possesso di certificazione di qualità UNI EN ISO 9001-2015 riferita all'attività oggetto di accreditamento;
- J di essere in possesso dei requisiti di cui alla L.R. 15/2008 e impegno in caso di aggiudicazione del servizio al pieno rispetto di quanto contenuto in tale normativa;
- J il rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/99;
- J il rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni);
- J il rispetto delle norme sulla tracciabilità dei flussi finanziari (art. 6 della Legge 136/10 e sue modifiche ed integrazioni);
- J la documentabilità, ovvero, l'accertabilità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 43 D.P.R. 445/2000 e consapevolezza dei controlli effettuati dal Comune ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R.;
- J la descrizione delle professionalità impiegate per la gestione, il coordinamento e l'esecuzione degli interventi che si andranno ad attuare, descrivendone ruoli e profili; qualità e quantità del personale già impiegato per la realizzazione del servizio per il quale si chiede l'accreditamento. Descrizione dei sistemi di contrasto del turn-over, di formazione e aggiornamento, di rilevazione della soddisfazione del personale;
- J di impegnarsi a sottoscrivere, in caso di aggiudicazione, il patto di accreditamento, provvedendo a tal fine, alla presentazione della documentazione che verrà richiesta dalla Direzione Servizi alla Persona del Comune di Vittoria;

e di adottare le sottoelencate modalità organizzative e gestionali:

1. Modalità adottate per la progettazione individualizzata. Analisi dei bisogni, programmazione, verifica e metodologie utilizzate;
2. Modalità e tempi di sostituzione del personale operante;
3. Finalità e modalità di programmazione ed organizzazione dei momenti di supervisione;
4. Finalità e modalità di programmazione ed organizzazione del lavoro di equipe e di rete: docenti, ASL, Comune e famiglia;
5. Modalità adottate per i rapporti e le comunicazioni con l'Ente Appaltante;
6. Modalità adottate per fronteggiare situazioni di criticità;

7. Attività di formazione per il personale addetto al servizio in appalto (contenuti, monte di ore, modalità e soggetti realizzatori della formazione che verrà svolta nel corso della durata dell'appalto, al di fuori del monte ore convenzionato);
8. Modalità di affiancamento e supporto del personale;
9. Sistema di monitoraggio e supervisione sullo svolgimento del servizio, modalità e strumenti per il controllo interno e la valutazione della qualità del servizio;
10. Azioni dirette alle famiglie per stimolare il supporto all'integrazione e all'inclusione;
11. Dotazioni strumentali (hardware, Software, supporti tecnici e didattici) che si rendano disponibili per la realizzazione delle attività di assistenza all'autonomia ed alla comunicazione

**Si allegano alla presente domanda:**

1. **Carta dei Servizi** che deve contenere le modalità di erogazione del servizio di cui all'accreditamento, le tipologie di prestazioni assicurate, eventuali risorse che possono concorrere al miglioramento della qualità del servizio, i processi di verifica della "customer satisfaction", servizi migliorativi offerti rispetto a quelli previsti dal presente Avviso di Accreditamento.
2. **Organigramma** (detto documento dovrà indicare le professionalità impiegate per la gestione, il coordinamento e l'esecuzione degli interventi che si andranno ad attuare, descrivendone ruoli e profili; qualità e quantità del personale già impiegato per la realizzazione dei servizi per i quali si chiede l'accreditamento. Descrizione dei sistemi di contrasto del turn-over, di formazione e aggiornamento, di rilevazione della soddisfazione del personale).
3. **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante  
(Timbro e Firma)

---