# Allegato 1

**DOMANDA di Accreditamento per la fornitura di servizi di Assistenza domiciliare – SAD- assistenza domiciliare educativa ADM/ADMH – assistenza AES - Periodo 01.03.2020 - 31.12.2021.**

Spett.le

ASP BASSO LODIGIANO

Viale Gandolfi, 27

26845 CODOGNO

Il/la sottoscritto/a ……………………………..……………….……………………………………

Nato/a …………………………………………… il ……………………………………………….

Residente a ……………………………………………… Via .…………………...……………….

Tel./Cell ………………………………Codice Fiscale ….……………………….…………………

In qualità di Legale rappresentante della Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda

……………….……………………………………………………………………………………… con sede legale in ………………...…………………… Via ……………………….………………. C.F./P.IVA n° ……………………………………………………………………………………..

PEC …………………………………………………………………………………………………

Tel. …………………………………………….. Fax ……………………………………………..

# CHIEDE

l’Accreditamento per il periodo dal 1 marzo 2020 al 31 dicembre 2021 della Cooperativa/Associazione/ Ente/Azienda

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

* per l’erogazione di prestazioni sociali - Servizio di Assistenza domiciliare - a favore di anziani, disabili, soggetti fragili
* per l’erogazione di servizi di assistenza domiciliare educativa a favore di minori in situazioni di fragilità ADM/ADMH
* per l’erogazione di servizi di assistenza educativa scolastica a favore di minori disabili

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e della

decadenza dei benefici, ai sensi dell’art. 75 del DPR 445 del 28.12.2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità:

# DICHIARA

* di non avere subito condanne penali;
* di non avere in corso procedimenti penali a proprio carico;
* di godere della pienezza dei diritti civili;
* che la Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda è iscritta a:

- C.C.I.A. …………………………………………………………….…………

(precisare n. iscriz. ,durata/termine, forma giuridica);

- Albo regionale…………………………………………………………………………

(precisare n. Albo)

* che lo scopo sociale della Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda

………………………………………………………………………………………………… è specifico per la tipologia di attività da accreditare;

* che le prestazioni/attività erogate sono svolte da operatori idonei alla specificità delle attività da svolgere;
* che ai lavoratori o soci lavoratori di Cooperativa vengono corrisposte le retribuzioni previste dai Contratti Collettivi di categoria;
* che l’Ente è in regola con l’assolvimento degli obblighi contributivi, assistenziali, previdenziali e fiscali;
* che la Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda

………………………………………………………………………………………………… è in possesso dei requisiti organizzativo-gestionali per l'accreditamento: SAD-ADM/ADMH-AES (specificare);

* di esonerare l’ASP Basso Lodigiano da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone, alle strutture, alle cose, a seguito dell'attività svolta;
* di accettare e rispettare integralmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente (tutela della privacy, norme di conformazione, norme di sicurezza, ecc.);
* di avere dato piena ed integrale applicazione, nei confronti dei propri addetti, e/o soci dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei contratti integrativi vigenti nei diversi settori in cui i soggetti che richiedono l’accreditamento hanno operato, con particolare riferimento al rispetto dei salari contrattuali minimi derivanti dalla stessa, e la piena applicazione delle normative salariali, previdenziali ed assicurative disciplinanti i rapporti di lavoro della categoria;
* di non trovarsi in uno degli stati che costituiscono causa di esclusione ed in particolare di non essere incorso in cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla vigente normativa antimafia, in capo al Legale Rappresentante;
* di essere in regola con gli adempimenti e le norme previste dal D.lgs 81/08 e successive modifiche ed integrazioni se ed in quanto obbligatorie;
* di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge 68/99;
* di accettare il costo delle prestazioni indicato nel patto di accreditamento, che dovrà essere fatturato all’ASP Basso Lodigiano;
* di avere copertura assicurativa RC per operatori ed utenti;
* di impegnarsi a trasmettere all'Ente accreditante tutte le informazioni necessarie per la richiesta del DURC, nonché di ottemperare a tutti gli adempimenti previsti in materia di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010, n. 136;
* di applicare al trattamento dei dati personali le misure previste dalla legislazione vigente, ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. 30. 06.2003 n. 196;
* di aver letto e di accettare integralmente e senza riserve le condizioni previste nel “Patto di Accreditamento”;

# ALLEGA

* Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo/altro (evidenziando lo scopo sociale).
* Fotocopia di documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante.
* Scheda dei "Requisiti organizzativo-gestionali” (per l'accreditamento SAD Scheda A, per l’accreditamento ADM/ADMH Scheda B) e per l’accreditamento AES cheda C);
* Relazione illustrativa relativa alle precedenti esperienze nei servizi oggetto dell’accreditamento.
* Copia del documento di valutazione dei rischi e nomina RSPP.
* Dichiarazione attestante il fatturato annuo dell’impresa negli ultimi due esercizi.

DATA ……………………………..

# IL LEGALE RAPPRESENTANTE