

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2012 – assistenza domiciliare per non autosufficienti – INPS – Gestione EX INPDAP"

Il sottoscritto _____
Nato il _____ a _____
In qualità di Rappresentante Legale _____
della Cooperativa/Impresa/Consorzio/Altro _____
_____ con sede in _____
Via _____ n. _____
con Codice fiscale n. _____
con partita I.V.A. n. _____
codice attività n. _____
Tel. _____ Fax _____
PEC _____ E-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" per l'offerta delle prestazioni socio-assistenziali di supporto alla non autosufficienza e allo stato di fragilità di cui al Regolamento del progetto "Home Care Premium 2012", nel quale verrà indicato con i seguenti dati:

DENOMINAZIONE : _____
REFERENTE: _____
RECAPITI TELEFONICI: _____
INDIRIZZO E.MAIL: _____

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- Possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art 38 del D.Lgs 163/06;
- di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dalla normativa vigente per la figura dell'Operatore Socio Sanitario e per la figura dell'educatore professionale;
- di essere autorizzato per l'espletamento del servizio e/o iscritto al Registro/Albo Regionale/Provinciale (*indicare gli estremi*)

_____ ;
• la previsione, nell'oggetto sociale riportato nell'atto costitutivo e/o nello statuto, dello svolgimento di servizi socio-assistenziali e/o di sollievo
(*indicare l'oggetto sociale*)

_____ ;

- di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività di impresa, ove previsto dalla legge;
- di essere iscritto INPS sede di _____ CAP _____ Via _____

e matricola n. _____
 INAIL sede di _____ CAP _____ Via _____
 e posizione assicurativa _____
 e codice ditta n. _____

- che l'impresa è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____ come segue:
 Codice fiscale e n. iscrizione _____
 Data di iscrizione _____

Iscritta nella sezione _____ il _____
 • di avere sede operativa stabilmente funzionante nel territorio dell'Ambito Territoriale 14 in _____ via _____ n. _____
 o di impegnarsi ad individuarla all'inizio dell'erogazione delle prestazioni.

- di aver ottemperato alle norme di cui alla legge 68/99;
- di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
- di aver maturato un'esperienza di almeno dodici mesi (12 mesi), alla data di presentazione della domanda nell'ambito delle prestazioni di cui all'Avviso;
- che svolge le seguenti attività, servizi e particolari iniziative nel campo della non autosufficienza/fragilità:

- che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati dall'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale 14, potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative, che verranno pubblicate nell'elenco:

OSS/Educatori Professionali /Assistenti familiari (*specificare*)

Centro diurno (*specificare*)

Servizi di accompagnamento/trasporto

Sollievo domiciliare

- che è disponibile a fornire le indicate prestazioni integrative in tutti i comuni dell'Ambito Territoriale 14
- che ai sensi di quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 "Codice in materia di protezione di dati personali" sono stato informato di quanto segue: I dati personali raccolti

saranno trattati con gli strumenti informatici ed utilizzati nell'ambito del procedimento amministrativo con modalità conformi a quanto previsto dalla normativa.

I dati giudiziari, eventualmente raccolti, ai sensi del DPR 445/2000 e DPR 412/2000, saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003. in relazione ai suddetti dati l'interessato può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D.Lgs.

Titolare del trattamento è il Comune di Villa San Giovanni – Ente capofila dell'Ambito Territoriale 14 nella persona dell'istruttore amministrativo Giordano Antonio, responsabile servizio sociale.

Luogo e Data

Timbro e Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento valido