***All’Azienda Usl di Modena***

 ***Via San Giovanni del Cantone, 23***

 ***41122 - Modena***

**ISTANZA PER L'ISCRIZIONE NELL’Elenco di Soggetti qualificati alla gestione di sERVIZI, percorsi, INTERVENTI SOCIO SANITARI RIVOLTI a PERSONE IN CARICO AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’AUSL DI MODENA, con progetti finalizzati al recupero E AL MANTENIMENTO di autonomie ed al reinserimento sociale**

Il/la Sottoscritto/a,

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ partita IVA \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

codice fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ /\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CH I E D E

**L’ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEI GESTORI QUALIFICATI alla gestione di sERVIZI, percorsi, INTERVENTI SOCIO SANITARI RIVOLTI a PERSONE IN CARICO AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL’AUSL DI MODENA, con progetti finalizzati al recupero E AL MANTENIMENTO di autonomie ed al reinserimento sociale**

nelle seguenti sezioni:

* **SEZIONE A:** “servizi/percorsi/interventi territoriali, di affiancamento educativo o socio assistenziale, in forma individuale o di gruppo”
* **SEZIONE B:** “servizi/percorsi/interventi nell’ambito dell’abitare”
* **SEZIONE C:** “servizi/percorsi/interventi a prevalente carattere assistenziale, tutelare o sanitario, rivolti a persone con problematiche psichiatriche e/o di dipendenza con comorbidità organiche che determinino bisogni di cura tali da potersi considerare equivalenti ad un anziano parzialmente non autosufficiente oppure persone con problematiche psichiatriche e/o di dipendenza che richiedono un percorso socio sanitario o socio assistenziale ad intensità /assistenza variabile”

Relativamente ai seguenti servizi/percorsi/interventi territoriali:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sezione (A, B, C) | Denominazione servizio/percorso/intervento territoriale | Indirizzo servizio/percorso/intervento territoriale |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# A tal fine,

avvalendosi disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nel rilascio delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di notorietà che seguono, con la consapevolezza delle sanzioni previste dall’art. 76 della legge indicata, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria personale responsabilità

# **DICHIARA**

(barrare chiaramente con “X” le singole dichiarazioni di seguito riportate,

la mancanza di tale segnatura sarà considerata come NON dichiarazione)

* (per i soggetti tenuti ad iscrizione CCIAA) Che la società è iscritta al C.C.I.A.A. – registro delle Imprese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, per attività corrispondenti ai servizi oggetto dell’avviso.

Denominazione e forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* (per i soggetti non tenuti ad iscrizione CCIAA) Che la propria società cooperativa / altro………..…………………….…. è iscritta a: ( compilare parte di interesse)

 albo regionale delle cooperative sociali presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_\_\_;

* (per fondazioni ed associazioni) registro regionale delle persone giuridiche di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vol. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

registro regionale delle associazioni di promozione sociale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vol. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* altro (specificare)

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

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

* di aver preso visione integrale dell’Avviso, di accettarne i contenuti di essere a conoscenza che l’iscrizione nell’Elenco non comporta alcuna procedura di affidamento concorsuale;
* di avere maturato esperienza nei settori di riferimento di cui al presente Avviso nel periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere disponibile ad attivare percorsi secondo la metodologia del **“budget di salute”** ai sensi della normativa citata (DGR RER n.1554/2015) ai fini della realizzazione del progetto terapeutico individualizzato (PTRI);
* che il /i servizio/i per il/i quale/i chiede l’iscrizione nell’Elenco Aziendale è/sono in possesso della preventiva comunicazione di inizio attività (nei casi previsti dalla DGR 564/2000) ovvero di valida autorizzazione al funzionamento ai sensi della DGR 564/2000 e sue successive modifiche ed integrazioni (allegare obbligatoriamente copia comunicazione avvio attività e/o autorizzazione al funzionamento);
* che il/i servizio/i per il/i quale/i chiede l’iscrizione nell’Elenco Aziendale è/sono gestiti conformemente alle disposizioni nazionali e regionali in materia di servizi a favore di persone con patologie psichiatriche e/o con dipendenze patologiche e di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle norme vigenti, nazionali e locali, in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, assenze di barriere architettoniche e quant’altro richiesto dalla normativa di riferimento in tema di proprietà/conduzione di immobili e gestione di servizi socio – sanitari;
* d’essere in possesso della completa e corretta documentazione prevista dalle norme statali, regionali e locali vigenti in materia, di edilizia, igiene, sanità, prevenzione antincendi, sicurezza sui luoghi di lavoro (se prevista in relazione alla tipologia della struttura), con particolare riferimento alla normativa vigente in materia di prevenzione da Covid-19;
* che tutta la documentazione e le certificazioni a prova di quanto sopra dichiarato sono presenti nella sede della struttura denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in apposito raccoglitore a disposizione per il controllo;
* di essere a conoscenza degli obblighi imposti dalla Legge n.136 del 13.08.2010 “Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia” in particolare dall’articolo 3 “Tracciabilità dei flussi finanziari”;
* di applicare integralmente ai propri operatori il contratto collettivo nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali ed alle clausole sociali;
* di non avere cause di esclusione di cui all’articolo 80 del d.lgs.50/2016;
* di non trovarsi in ogni altra situazione soggettiva che possa determinare l’esclusione dalla presente selezione e/o l’incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
* che i nominativi dei titolari/legali rappresentanti, amministratori o soci/dipendenti con poteri decisionali nel presente procedimento, ai fini del monitoraggio relativo al conflitto di interesse sono: ………………………………………………………………………………………………………….
* il possesso da parte del personale impiegato nella struttura dei titoli corrispondenti per la qualifica dichiarata e della rispondenza degli stessi a quelli richiesti dalla specifica normativa di riferimento per la tipologia di struttura per cui si chiede l’iscrizione;
* che l’ente rappresentato è in possesso di idonea copertura assicurativa per infortuni e per responsabilità civile verso terzi, anche per eventuali volontari, in relazione alla tipologia dell’attività espletata;
* dichiarazione di impegno a mantenere le tariffe invariate fino al 31 dicembre dell’anno successivo alla prima pubblicazione dell’elenco. Successivamente la tariffa potrà essere aggiornata di anno in anno per l’aggiornamento dell’ISTAT o per il costo del lavoro.
* di essere consapevole, inoltre, che tutti i dati personali forniti per l’espletamento della presente procedura saranno trattati nel rispetto della normativa vigente per la protezione dei dati personali;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente all’Azienda USL di Modena ogni successiva modificazione sostanziale rispetto a quanto dichiarato e/o riportato nella documentazione allegata alla presente domanda;

* di impegnarsi ad autorizzare ed accettare verifiche da parte della Committenza, sia in fase propedeutica all’avvio del servizio/percorso/intervento che in fase di esecuzione dello stesso;
* di avere in essere altri contratti e/o convenzioni con l’Azienda Usl di Modena e di avere presentato documentazione per il perfezionamento di detti rapporti contrattuali, in modo che la documentazione possa essere acquisita d’ufficio;

# DICHIARA, inoltre

* Di allegare:
* copia di segnalazione certificata di inizio attività (per le strutture non soggette ad autorizzazione) ovvero autorizzazione al funzionamento ex DGR 564/2000 (per le strutture soggette ad autorizzazione) (da presentare per ogni struttura);
* carta dei servizi (da presentare per ciascuna struttura);
* delibera del consiglio di amministrazione o altro atto dal quale si evinca la titolarità del legale rappresentante;
* per le associazioni/ fondazioni ed altri soggetti non tenuti ad iscrizione alla CCIAA: Statuto o altro atto costitutivo;
* griglia qualitativa descrittiva della del servizi/percorsi/interventi offerti (Allegato B) sottoscritta dal legale rappresentante (da presentare per ogni struttura/percorso);
* dichiarazione di offerta economica (Allegato B)
* copia fotostatica documento di identità del sottoscrittore

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

Luogo e data della sottoscrizione IL LEGALE RAPPRESENTANTE

 Firma ai sensi art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445