



All'Ufficio di Piano
Ambito Distrettuale Sociale n. 06 Sangrino
c/o Comune di Castel di Sangro
Via Sangro, snc
67031 Castel di Sangro (AQ)

Allegato A - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN CATALOGO DEI SOGGETTI EROGATORI - PROGETTO: PI(ani) CO(nciliazione). AVVISO PIANI DI CONCILIAZIONE PIANO OPERATIVO 2017-2019 - INTERVENTO 26 REGIONE ABRUZZO CUP: C72G18000050006.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il
_____, residente a _____ (____) in via
_____, codice fiscale _____

(Selezionare il campo di interesse)

- ☐ titolare/legale rappresentante
☐ procuratore (allegare procura)

dell'Impresa / Società _____

forma giuridica _____ partita I.V.A./C.F. _____

con sede legale in _____ Via/P.zza _____ n _____,

e sede operativa in _____ (____), cap. _____ Via _____ n _____

telefono _____ indirizzo e-mail/pec _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, preso atto delle condizioni di partecipazione stabilite nell'avviso di cui all'oggetto

CHIEDE

1. di partecipare all'avviso pubblico citato in oggetto, manifestando il proprio interesse ad essere inserito/a nel Catalogo dei Soggetti Erogatori -



2. Nei seguenti servizi e aree di intervento:

☐ anziani:

- ☐ centri diurni
- ☐ servizi residenziali
- ☐ servizi di care giver
- ☐ servizi di trasporto e/o accompagnamento
- ☐ Altro _____

☐ bambini:

- ☐ doposcuola e supporto allo studio
- ☐ centri ricreativi aperti nei periodi di chiusura delle scuole
- ☐ soggiorni estivi e vacanze studio
- ☐ sostegno per le rette di nidi o scuole dell'infanzia
- ☐ baby sitter
- ☐ Altro _____

☐ disabili, malati cronici e/o terminali:

- ☐ sostegno ai servizi di assistenza domiciliare (esclusi servizi infermieristici e di assistenza sanitaria)
- ☐ centri diurni e servizi residenziali
- ☐ servizi di care giver;
- ☐ servizi di trasporto e/o accompagnamento.
- ☐ Altro _____

4. Di rappresentare:

- ☐ organizzazioni senza scopo di lucro con esperienza almeno triennale nell'inclusione sociale e lavorativa di persone svantaggiate;
- ☐ cooperative sociali;
- ☐ organizzazioni di volontariato;
- ☐ associazioni di promozione sociale;
- ☐ enti privati o pubblici che abbiano, nell'oggetto sociale, servizi di conciliazione per minori e/o persone non autosufficienti;

5. Area geografica in cui si intende svolgere il servizio

- ☐ ECAD N 6 SANGRINO
- ☐ ECAD N 4 PELIGNO
- ☐ ECAD N 5 MONTAGNE AQUILANE



A tal fine

DICHIARA DI POSSEDERE

- ☐ una sede operativa nell' ATS;
- ☐ iscrizione negli appositi albi/registri della Regione Abruzzo in conformità con la natura giuridica dei soggetti richiedenti sia con la normativa statale che regionale vigente;
- ☐ atto costitutivo e statuto;
- ☐ certificazione di solidità economica e finanziaria rilasciata da almeno 1 (uno) Istituto di Credito;
- ☐ esperienza triennale documentata per ciascuno dei servizi per i quali si richiede l'accreditamento e/o servizi rientranti nello stesso ambito;
- ☐ modello organizzativo e gestionale da cui possano essere desunte la distribuzione di responsabilità organizzative e gestionali, le persone cui tali responsabilità sono attribuite, nonché le forme di coordinamento dell'attività degli operatori sociali;
- ☐ indicazione del numero e della funzione dei soci lavoratori e lavoratori dipendenti, in applicazione dei contratti di lavoro collettivi e dei relativi accordi integrativi, e di eventuali altre collaborazioni professionali;
- ☐ regolarità con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei propri lavoratori e/o collaboratori;
- ☐ regolarità con il pagamento delle imposte e delle tasse;
- ☐ regolarità con le revisioni annuali da parte del Ministero delle Attività Produttive;
- ☐ possibilità/disponibilità ad avvalersi del ruolo svolto dal volontariato e/o del servizio civile nazionale nell'espletamento dei servizi;
- ☐ esistenza di un sistema valutazione interna relativa al conseguimento dei risultati;
- ☐ certificato di qualità UNI EN ISO 9001/2015 (per le cooperative sociali).

Data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(firma e timbro)

L'Ente si riserva di svolgere controlli in fase di selezione e in qualunque momento per verificare il possesso dei requisiti richiesti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.