



**COMUNE DI ARAGONA**  
Provincia di Agrigento  
PALAZZO DI CITTA'  
4° Settore-Rapporti Sociali, Servizi alla  
Persona

Via Roma, 116  
92021 Aragona (AG)  
T. 0922 690969  
F. 0922 36636  
protocollo@pec.comune.aragona.ag.it  
settore4@comune.aragona.ag.it  
[www.comune.aragona.ag.it](http://www.comune.aragona.ag.it)

Spett.le Comune di Aragona

**Oggetto: Richiesta per l'iscrizione nel registro comunale dei soggetti erogatori di prestazioni assistenziali per il servizio di assistenza all'autonomia e comunicazione agli alunni portatori di handicap delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado della città di Aragona mediante buono/voucher- Anno scolastico 2019/2020.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice

fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

domiciliato a (indicare se diverso dall'indirizzo di residenza) a \_\_\_\_\_

Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ in

qualità di legale rappresentante della cooperativa/associazione

\_\_\_\_\_ con sede legale/operativa presso il Comune di Aragona

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

L' iscrizione nel registro Comunale di Aragona dell'ente/ditta \_\_\_\_\_

(denominazione o ragione sociale dell'impresa) per il servizio di assistenza all'autonomia e comunicazione agli alunni residenti portatori di handicap delle scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 a cui va incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato decreto e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

1. \_\_\_\_\_ di essere regolarmente iscritto nel Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura di \_\_\_\_\_ con oggetto di attività \_\_\_\_\_ ovvero di essere regolarmente iscritto in registro analogo \_\_\_\_\_ (specificare) \_\_\_\_\_ tenuto presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con oggetto di attività \_\_\_\_\_

2. che i dati dell'iscrizione sono i seguenti:

- a. .... N. iscrizione
- b. .... Data di iscrizione
- e. .... Indirizzo.
- d. .... Codice fiscale
- e. .... Partita IVA
- f. .... Forma giuridica.
- g. Legali rappresentanti e/o soggetti muniti di potere di rappresentanza (*indicare i nomine, le qualifiche, le date di nascita e la residenza*)

3. L'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art.80 ( requisiti genera D.Lgs.n.50/2016 indicazione analitica)

4. Di applicare integralmente il CCNL di settore rispetto alla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro;

5. Di rispettare gli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei propri lavoratori e di essere regolarmente iscritta a: - INPS matricola azienda

..... posizione numero ..... presso la sede di ..... via ..... e di essere a tutt'oggi in regola

con il versamento della suddetta contribuzione INPS; - INAIL matricola azienda

..... posizione numero ..... presso la sede di ..... via ..... e di essere a tutt'oggi in regola con il versamento della suddetta

contribuzione INAIL, Dimensione aziendale (barrare ai soli fini del DURC) -da 0 a 5 - da 6 a 15 -da 16 a 50 - da 51 a 100 - oltre

6. (Solo per le cooperative sociali di tipo A) Di attestare di essere in possesso del certificato di revisione ai sensi della circolare n. 4/2003;

7. Di essere iscritto all'Albo regionale dei servizi socio-assistenziali ai sensi dell'art. 26 L.R. n. 22/86 nella Sezione .....Tipologia .....con decreto n...del .....

8. Di avere nel proprio statuto le finalità corrispondenti alla Sezione/Servizio per il quale si chiede l'accreditamento;
9. Di aver adottato apposita Carta dei servizi contenente l'indicazione della tipologie delle prestazioni da erogare, le modalità di collaborazione con la committenza per l'elaborazione e attivazione dei progetti e/prestazioni con gli Enti accreditanti, la modalità di erogazione del servizio e le condizioni per facilitare la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti; *in alternativa* di impegnarsi a realizzarla nel termine di un mese e non oltre la data dell'accreditamento (*pena la decadenza dell'accreditamento stesso*);
10. Di possedere nel Comune di Aragona la sede legale e/o la sede operativa dotata di telefono fax e collegamento di posta elettronica ed in regola con le normative vigenti in materia di sicurezza di cui al D. Lgs. n. 626/94 e s.m.i. e di garantire nella stessa sede la presenza di figure professionali preposte al presidio e al coordinamento organizzativo delle attività;
11. Di avere raggiunto almeno sei mesi di esperienza nella Sezione/Servizio per cui si chiede l'accreditamento per conto di enti pubblici e/o privati nell'ultimo triennio antecedente alla data di scadenza dell'Avviso di accreditamento (*in caso di raggruppamento temporaneo di imprese o di Consorzio l'esperienza potrà essere dimostrata cumulando i servizi svolti dai singoli soggetti facenti parte del raggruppamento o del consorzio*) di cui si allega certificazione;
12. Di essere in possesso del bilancio o dell'estratto del bilancio d'impresa che si allega; (*nel caso in cui non si è tenuti alla presentazione del bilancio specificarne le motivazioni*);
13. Di allegare relazione/progetto (Carta del servizio assistenza all'autonomia e comunicazione /assistenza ) contenente criteri organizzativi comprensivi delle modalità adottate per il *turn-over*, di modalità di erogazione del servizio, dei tempi dell'intervento dei criteri di monitoraggio e valutazione delle attività e di eventuali servizi migliorativi oltre a quelli previsti nel documento esplicativo allegato.
14. Di avere la disponibilità di impiego di figure professionali, con adeguato inquadramento contrattuale, in possesso dei titoli richiesti come indicato nelle specifiche tecniche dei servizi di cui al documento esplicativo allegato;
15. Di individuare come figura di coordinamento/riferimento per il servizio per cui si chiede l'accreditamento la seguente figura professionale dotata del titolo di laurea in scienza del servizio sociale o equipollente ;
17. Di avere realizzato (*o in alternativa di impegnarsi a realizzare*) interventi di aggiornamento e/o formazione per i propri dipendenti o associati e/o supervisione sul personale impiegato per n. .... ore all'anno (minimo 8 ore);
18. Di impegnarsi a stipulare polizza assicurativa RC per operatori e utenti;
19. Di accettare tutte le disposizioni contenute nello schema di Patto di accreditamento, di cui si allega copia firmata per presa visione;
20. Di rispettare il codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30/06/2003, n.196 e successive modifiche ed integrazioni);
21. Di accettare senza condizione o riserva alcuna tutte le disposizioni contenute nell'Avviso, nel documento esplicativo e nello schema di Patto.

Note aggiuntive facoltative del dichiarante: \_\_\_\_\_

Luogo e data

Il Legale Rappresentante *firma leggibile e timbro*

Allegare copia del documento d'identità, in corso di validità, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Alla presente istanza si allega la seguente documentazione:

Certificazioni servizi espletati;

Copia bilanci;

Relazione di organizzazione/gestione/interventi ;

Carta dei servizi;

Copia dello schema del Patto di accreditamento firmato per accettazione