**MODELLO D/Sez. B – Accreditamento istituzionale per servizi territoriali e domiciliari**

|  |
| --- |
| **All’Amministrazione Competente****Consorzio Sociale Agorà S10****Loc. Valle – 84020 Palomonte (Sa)**  |
| **Pec: consorzioagoras10@pec.it**  |

**Oggetto: Istanza di accreditamento istituzionale per l’esercizio dei territoriali e domiciliari di cui al Catalogo dei servizi del Regolamento 7 aprile 2014, n.4 “Regolamento di attuazione della legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)”.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto  |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**in qualità di Legale Rappresentante di:**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione/Ragione Sociale |  |
| Natura Giuridica |  |
| Codice Fiscale |  |
| Partita IVA |  |
| sede legale in |  |
| Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| sede operativa in[[1]](#footnote-1) |  |
|  Via/Piazza, n. |  |
| Telefono e fax |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**CHIEDE**

ai sensi del Regolamento Regione Campania n.04/2014 e del relativo Catalogo dei servizi e del Regolamento del Consorzio Sociale Agorà S10 approvato con Delibera dell’Assemblea Consortile nr.------- del ---------, l’accreditamento istituzionale per la seguente tipologia di servizio, così come riportato nel “Catalogo dei servizi” – Sez. B - Servizi Territoriali e Domiciliari:

 *(barrare la casella di interesse per il singolo servizio di cui si chiede l’autorizzazione)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***AREA DI INTERVENTO - PERSONE CON DISABILITA’*** |  |
| Servizio di Assistenza Scolastica |  |
| Progetti terapeutico riabilitativi sostenuti da budget di salute |  |
| ***AREE DI INTERVENTO - PERSONE ANZIANE E PERSONE CON DISABILITA’*** |  |
| Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari |  |
| Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani |  |
| Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per diversamente abili |  |
| Assistenza Domiciliare socio-educativa per minori e famiglie |  |
| Telesoccorso |  |
| ***AREA DI INTERVENTO - DONNE IN DIFFICOLTA’*** |  |
| Centri per le famiglie |  |
| Servizio di mediazione familiare |  |
| Laboratori di educativa territoriale |  |
| Centri Antiviolenza |  |
| ***AREA DI INTERVENTO - IMMIGRATI*** |  |
| Servizio di Mediazione culturale |  |
| ***AREA DI INTERVENTO - MULTIUTENZA*** |  |
| Segretariato Sociale |  |
| Telefonia Sociale |  |
| Trasporto Sociale |  |
| Unità Mobile di strada |  |
| Servizio di Pronto intervento sociale |  |

*In caso di strutture indicare:*

Denominazione della struttura sita nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via/Piazza nell’immobile catastalmente individuato dalla particella n. sub del foglio n.\_\_\_del medesimo Comune.

All’uopo, consapevole della responsabilità penale cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445, che i fatti, stati e qualità di seguito riportati corrispondono a verità,

# **DICHIARA**

* di aver presentato Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al Protocollo nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di possedere i requisiti comuni indicati dall’Articolo 7 e dall’art. 9, comma 2 e 3, del Regolamento di attuazione n. 4 del 07 Aprile 2014 e dei requisiti specifici del Servizio riportati nel Catalogo di cui alla D.G.R.C. n.107 del 23.04.2014;
* Di essere iscritto all’Albo regionale dei soggetti abilitati all’erogazione dei servizi e delle prestazioni di cui al Regolamento di attuazione della legge regionale n. 11/07 con il/i n.\_\_\_\_\_\_ ;
* Che lo scopo sociale comprende la tipologia di attività da accreditare;
* di non aver riportato condanna definitiva per i delitti non colposi di cui al libro II, titoli II,IX, XI,XI,XII e XIII del codice penale, per i quali non è intervenuta la riabilitazione e non sussistono nei loro confronti cause di divieto, decadenza, sospensione ai sensi del decreto legislativo 6 settembre 2011 n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136);
* Ai sensi dell’art. 9 comma 1 del “Regolamento”, dichiara il possesso dei requisiti previsti dalla normativa comunitaria, statale e regionale per la partecipazione a procedure di affidamento di contratti pubblici;
* che non sussistono cause ostative di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
* che gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza (per ognuno, indicare nome,cognome, luogo e data di nascita, domicilio e incarichi ricoperti), sono:
	1. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
	2. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
	3. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*Oppure:*

* Che non vi sono altri amministratori muniti di poteri di rappresentanza;
* Che sono rispettate le norme generali in materia urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, sicurezza del lavoro, igiene e prevenzione incendi;
* Il rispetto dei contratti di lavoro, degli inquadramenti professionali e delle norme in materia di contribuzione e pensionistiche per il personale dipendente;
* Di non essere un' organizzazione di volontariato;
* Che, quale datore di lavoro, è in possesso per l'intero personale impiegato, con contatti diretti e regolari con minori, di idoneo certificato del casellario giudiziale ai sensi dell'art.2 del Decreto Legislativo n. 39 del 4/3/2014;
* L’impegno ad adottare e pubblicare sul proprio sito web la Carta dei Servizi contenente le finalità dell’Ente, le prestazioni erogabili dall’ente, i criteri di accesso ai servizi e alle prestazioni, il funzionamento dei servizi, l’analisi dei processi di lavoro, gli indicatori di qualità e i valori standard di qualità da rispettare, le modalità di valutazione della qualità percepita, le procedure per la tutela degli utenti redatta secondo quanto previsto dalla DRGC n. 1835 del 20 novembre 2008;
* di essere informato/a, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 D.Lgs n. 196/2003 *“Codice in* *materia di protezione dei dati personali”*, come modificato dal Decreto Legislativo 101 del 10 agosto 2018 *“Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE)* *2016/679”,* che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
* di impegnarsi a comunicare ogni variazione rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda entro e non oltre 10 gg dal verificarsi dell’evento.

**Si allega la seguente documentazione, in n. 1 copia cartacea e n. 1 copia in formato digitale:**

1. Estremi del provvedimento di iscrizione **all’Albo regionale delle Cooperative Sociali**;
2. Copia documento di identità del richiedente;
3. Estremi/copia del precedente titolo abilitativo – Segnalazione di inizio attività già presentata (se non già in possesso dell’Amministrazione competente);
4. In caso di mancanza di autorizzazione, autocertificazioni rese dal legale rappresentante del prestatore ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000 attestanti il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 7 e dall'articolo 9, comma 2 e 3 del Regolamento regionale 4/2014;
5. Copia dell’Atto costitutivo e dello Statuto del soggetto titolare e del soggetto gestore;
6. Certificato di iscrizione **agli Albi di riferimento e/o alla Camera di Commercio**;
7. Piano finanziario per la gestione del servizio;
8. Illustrazione della dotazione organica del personale e delle relative qualifiche e funzioni;
9. Curriculum vitae della propria dotazione organica;
10. Certificazione attestante l’inquadramento previdenziale e assistenziale (Inps e Inail) a favore dei lavoratori dipendenti e/o collaboratori o soci;
11. Copia della Carta dei Servizi redatta ai sensi della DGRC n. 1835 del 20.11.2008;
12. Copia della Polizza assicurativa di copertura rischi, infortuni e responsabilità civile per gli ospiti, i dipendenti e i volontari con indicazione specifica dell’ubicazione del servizio e della tipologia;
13. Relazione sulle modalità per la formalizzazione del contratto educativo/assistenziale con l’utente, prevedendo il coinvolgimento dei familiari/tutori;
14. Relazione sulle procedure per la gestione informatizzata della documentazione;
15. Piani di programmazione e modalità di controllo dei risultati, di cui viene previsto l’aggiornamento annuale, relativi a:
* obiettivi generali e specifici del servizio;
* azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale, attraverso il raccordo con altri servizi, strutture e agenzie del territorio;
* contatto con l’ambiente esterno e fruizione delle risorse del territorio da parte degli utenti;
* formazione del personale ed interventi per favorire l’inserimento del personale neoassunto e del personale volontario (affiancamento, tutoraggio ed altro);
* prevenzione del burnout, nel quale sono individuati i fattori di rischio e pianificate almeno le seguenti attività:
	1. riunioni organizzative degli operatori con periodicità almeno mensile;
	2. supervisione, con periodicità almeno semestrale, realizzata da personale di comprovata esperienza.

**Luogo e data**

 **Il Legale Rappresentante del Prestatore**

 **(Timbro e firma)**

**AVVERTENZE:**

Potrà essere allegata ulteriore documentazione e/o certificazione, in originale o copia conforme, ritenuta utile.

Nei casi in cui il documento sia presentato in copia, il legale rappresentante attesterà la conformità degli atti all’originale, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e che gli stessi sono conservati presso la sede del Servizio, a disposizione per eventuali verifiche e ispezioni da parte dell’Amministrazione Competente.

***INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)***

**Da sottoscrivere per presa visione e consenso**

|  |
| --- |
| *Ai sensi dell’art. 13 del* *Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:** **Titolare e responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è **l’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10”**, nella persona del dott. Giovanni Russo, Direttore Generale, domiciliato per la carica in Palomonte, Loc. Valle, snc – 84020.* **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l’espletamento del servizio.* **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.* **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Piano Sociale di Zona S3 (ex S5) e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti per l’adempimento degli obblighi di legge.* **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.* **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

L’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.* **Diritti dell’interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali;
2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
3. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
4. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali;
5. ottenere la rettifica dei dati;
6. proporre reclamo a un’autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” – Località Valle, snc – 84020 Palomonte (SA) – pec: [consorzioagoras10@pec.it](file:///C%3A%5CUsers%5Cadmin%5CDesktop%5CCONS.%20AGORA%27%5CATTI%20INTERNI%20AZIENDA%5CREGOLAMENTI%20AZIENDA%20CONSORTILE%5Cregolamenti%20altri%20Enti%5Cmodelli%20B1%5Cconsorziosocialeagoras10%40pec.it)**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI****(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:**DICHIARA**di aver preso visione dell’Informativa sull’uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all’espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. È possibile aggiungere ulteriori celle in caso di più sedi operative sul territorio cittadino. [↑](#footnote-ref-1)