

**FAC- SIMILE Istanza di convenzionamento – Allegato n. 1**

Al Comune di Napoli  
Servizio Politiche di Inclusione Sociale – Città Solidale  
Via Salvatore Tommasi 19  
80135 Napoli

**Oggetto: Istanza di Convenzione per la realizzazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale per la Municipalità \_\_\_\_\_ CIG \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto/a

<i>Dati del Legale Rappresentante</i>	
Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo completo	
Telefono, fax, mail	
E-mail:	

In qualità di legale rappresentante di

<i>Dati del Soggetto proponente</i>	
Denominazione	
Natura giuridica	
Codice fiscale	
Partita Iva	
N. iscrizione C.C.I.A.A.	

<b>Sede legale</b>	
Indirizzo	
CAP	
Città	
Prov.	
Telefono	
Fax	
E-mail:	

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per la realizzazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Socio

Assistenziale mediante convenzionamento, secondo le modalità previste nell'Avviso pubblico approvato con Disposizione dirigenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la Municipalità \_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara**

Di partecipare alla Selezione per i Poli di offerta di seguito indicati:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Di optare, in caso di aggiudicazione di più lotti per i seguenti Poli di Offerta elencati e numerati in ordine di preferenza:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre**

ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dalla legislazione penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti di essere in possesso dei requisiti di carattere specifico previsti dal citato Avviso pubblico e nello specifico:

- Di essere in possesso del titolo abilitativo per l'esercizio del Servizio di Assistenza Domiciliare socio assistenziale per persone anziane e disabili e di aver presentato la Segnalazione Certificata di Inizio Attività in data \_\_\_\_\_ ed acquisita al Protocollo del Servizio Politiche di Inclusione Sociale- Citta Solidale del Comune di Napoli con protocollo generale n. \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso del titolo di accreditamento rilasciato dal Comune di Napoli in data \_\_\_\_\_ con provvedimento dirigenziale n. \_\_\_\_\_ **ovvero** di possedere i requisiti per l'accreditamento e di aver presentato istanza per l'ottenimento dello stesso in data \_\_\_\_\_ ed acquisita al Protocollo del Servizio Politiche di Inclusione Sociale- Citta Solidale del Comune di Napoli con

protocollo generale n. \_\_\_\_\_

- Che l'equipe operativa è in possesso dei requisiti previsti dal Regolamento Regionale n. 4/14, dal Catalogo dei Servizi per lo specifico servizio e dall'Avviso Pubblico - ovvero coordinatore con Laurea in sociologia, psicologia, Scienze del Servizio Sociale e figure professionali di primo livello: operatori in possesso di qualifica di operatore socio-assistenziale ovvero con qualifica di Operatore socio sanitario, con esperienza nei servizi di assistenza alla persona disabile e/o anziana di durata non inferiore a due anni - è formata dai seguenti operatori **(in caso di partecipazione a più Poli di Offerta, l'Ente dovrà presentare una equipe operativa distinta per ciascuno dei Poli)**

N.	Nome	Cognome	Codice fiscale	Titolo di Studio	Ruolo nell'Equipe
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

- Che agli stessi operatori sarà garantita l'applicazione del CCNL DELLE COOPERATIVE DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO ASSISTENZIALE-EDUCATIVO E DI INSERIMENTO LAVORATIVO, con l'applicazione di contratti di lavoro previsti dalla normativa vigente ed in coerenza con la tipologia del servizio affidato, da trasmettere al Servizio Politiche di Inclusione Sociale- Citta Solidale entro 10 giorni dall'inizio delle attività unitamente agli UNILAV.
- di essere in possesso di esperienza in attività esperienza dell'ente prestatore in Servizi di Assistenza Domiciliare di almeno 12 mesi nell'ultimo triennio (in riferimento alla data di pubblicazione dell'Avviso per il convenzionamento) rese per conto di enti pubblici, con specifica indicazione dell'ente pubblico committente, della determinazione dirigenziale di affidamento, della durata in mesi, della tipologia di servizio reso:

Ente Pubblico committente	atto di affidamento	Data di inizio attività	Data di fine attività	Durata in mesi	Nome del servizio affidato	Descrizione sintetica del Servizio Affidato

- di non aver ricevuto contestazioni per il medesimo servizio di Assistenza Domiciliare e/o servizi analoghi, opportunamente motivate e circostanziate, su elementi significativi relativi alla qualità delle prestazioni rese.
- Di avere sede operativa nel territorio cittadino di seguito indicata:

<b>Sede operativa del Servizio</b> (così come indicato nella SCIA)	
Indirizzo	
CAP	
Città	
Prov.	
Telefono	
Fax	
E-mail:	

Ovvero

- di impegnarsi ad eleggere sede operativa nel territorio cittadino;
- Dichiarare infine che il recapito cui riceverà ogni informazione in ordine alla nominata procedura è il seguente

Fax	
E-mail PEC	

Allega

- **Dichiarazioni circa il possesso dei requisiti di carattere generale (art.11 Avviso Pubblico);**
- Copia della **Certificazione di iscrizione nel registro della Camera di Commercio, Industria Artigianato, Agricoltura – CCIAA;**
- In caso di enti per i quali non vi è l'obbligo di iscrizione alla CCIAA va prodotto copia dello **Statuto, dell'Atto costitutivo e dell'ultimo verbale** di nomina degli organi Associativi;
  - Copia della **Carta dei Servizi** aggiornata contenente gli specifici obblighi di qualità delle prestazioni a tutela degli utenti;
  - **Patto d'Integrità"** (ALLEGATO 1 b)
  - **Fotocopia di valido documento di riconoscimento**

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura della suddetta selezione (informativa ai sensi del D. Lgs. 196/03 art. 13)

Napoli lì

Firma del Legale Rappresentante

Timbro dell'Ente