|  |
| --- |
| **DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L’EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA A FAVORE DI SOGGETTI CON DISABILITÀ FREQUENTANTI LE SCUOLE DELL’INFANZIA, PRIMARIE, SECONDARIE DI PRIMO E SECONDO GRADO TRAMITE VOUCHER** |

Spett. Comune di Rivanazzano Terme

27055 – Rivanazzano Terme (PV)

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………..............……………

nato/a a ………………....................……………………..il………………………………………. ...

residente a……………........………...…………… Via……………………….......………………….

Codice Fiscale …………...................…………………………………………………………………

# in qualità di Legale rappresentante della Coop./Ente/Azienda………………………………………… .…………………………………………………………….…..……....................……………………

con sede legale in ……............…………………… Via …………....………………………….…….

C.F./P.IVA n……………....................………………………………………………………………...

Tel ………………….………………. e mail …………………………………………………………

## CHIEDE

l’Accreditamento della (Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda) …………………………………..

per l'erogazione del servizio di assistenza agli alunni con disabilità frequentanti le scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado tramite voucher.

A tale scopo,

## DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

* che la Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda non è in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, ovvero che nei suoi confronti non è in corso procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
* che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l’applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all’art. 3 della legge 27 dicembre 1956 n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall’art. 10 della legge 31 maggio 1965 n. 575;
* che nei propri confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell’art. 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale;
* di non avere violato il divieto di intestazione fiduciaria posto dall’art. 17 della legge 19 marzo 1990 n. 55;
* di non avere commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
* che la Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda è in regola con il pagamento delle imposte e tasse;
* che la ditta è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali dei lavoratori, secondo la legislazione italiana e quella dello Stato in cui ha sede, indicando le seguenti posizioni previdenziali e assicurative:
* Posizione INPS: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Posizione INAIL: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tipo di contratto collettivo applicato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero addetti impiegati all’esecuzione del servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_

* l’inesistenza dell’applicazione della sanzione interdittiva di cui all’art. 9, comma 2, lettera c), D. Lgs. n. 231/2001 o altra sanzione che comporti il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione, compresa l’inesistenza di provvedimenti interdittivi di cui all’articolo 36-bis, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248;
* di aver preso conoscenza dell’oggetto dell’accreditamento e di essere in condizioni di effettuare i servizi per cui richiede l’accreditamento in conformità alle caratteristiche richieste;
* di conoscere e di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla L. n. 136/2010 e successive disposizioni interpretative e modificative;
* di rilasciare il consenso al trattamento dei dati in ottemperanza al D. Lgs 196/2003 e s.m. e i. (codice in materia di protezione dei dati personali) con le modalità e nelle forme previste dagli artt. 18 e 19;
* di non aver subito condanne penali;
* di non avere in corso procedimenti penali a proprio carico;
* di godere della pienezza dei diritti civili;
* che la (Coop./Ass./Ente/Azienda) …………………………………………………non si trova in alcuna delle situazioni ostative alla conclusione di contratti con la pubblica amministrazione ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di lotta alla mafia;
* che la (Coop./Ass./Ente/Azienda) è iscritta a: Albo Registri Regionali C.C.I.A.A. Tribunale; Registro Prefettizio (specificare ……………………………..con il/i n.……………);
* che lo scopo sociale della (Coop./Ass./Ente/Azienda) …………………………………….. è specifico per la tipologia di attività da accreditare;
* che le prestazioni professionali sono svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare;
* di avere la capacità di erogare le prestazioni relative a n. ………... voucher mensili;
* di accettare le condizioni previste nel "Patto di Accreditamento l’erogazione del servizio di assistenza agli alunni con disabilità frequentanti le scuole dell’infanzia, primarie, secondarie di primo e secondo grado tramite voucher";
* di esonerare l’Amministrazione Comunale da qualsiasi responsabilità diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone, alle strutture, alle cose, a seguito dell’attività svolta;
* che la (Coop./Ass./Ente/Azienda) …………………….....................................………… è in possesso dei requisiti organizzativo-gestionali;
* di accettare integralmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente (tutela privacy, norme di sicurezza, ecc.);
* di essere in regola con gli adempimenti e le norme previste dal Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche ed integrazioni se ed in quanto obbligatorie;

#### DICHIARA INOLTRE

* di osservare ed applicare integralmente tutte le norme contenute nel contratto collettivo nazionale di lavoro per i propri dipendenti e negli accordi integrativi dello stesso in vigore per il tempo e nelle località in cui si svolge l’accreditamento;
* di possedere o acquisire strumenti, beni e prestazioni di supporto al servizio, richiesti a garanzia della qualità del servizio;
* che la propria sede operativa è sita nel Comune di ………………………….. e precisamente in via......................................................................, n.............. cap.......................;
* si impegna, (nel caso in cui l’Ente non avesse un ufficio operativo nel territorio del Comune di Rivanazzano Terme, o limitrofo) ad aprire un ufficio operativo nel territorio del Comune di Rivanazzano Terme, con obbligatorietà di una segreteria telefonica in funzione 24 ore su 24 oltre alla presenza costante di un addetto durante l’orario d’ufficio;
* di effettuare la prestazione ad un costo orario da definirsi in sede di sottoscrizione del patto di accreditamento e comunque non superiore a € 17,50 (IVA compresa se dovuta);
* di essere a conoscenza che il Comune di Rivanazzano Terme, ai sensi di legge, potrà effettuare idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che potrà effettuare controlli sulla qualità del servizio erogato;
* di essere consapevole che l’eventuale non veridicità circa il contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dall’Albo degli Enti Accreditati;

#### ALLEGA INOLTRE

1. Fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità;

2. Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale);

3. Scheda anagrafico-identificativa dell'organizzazione e delle risorse umane (Mod. 2);

4. Scheda dei requisiti organizzativo-gestionali (Mod. 3);

5. Copia della Carta dei Servizi a disposizione dell’utenza, con gli orari di apertura degli uffici e dei costi dei servizi, che deve contenere le modalità di erogazione del servizio di cui all’accreditamento, le tipologie di prestazioni assicurate, eventuali risorse che possono concorrere al miglioramento della qualità del servizio, i processi di verifica della “*customer satisfaction*";

6. Organigramma dell’Ente;

7. Curriculum relativo alla precedente esperienza nel settore relativa alla gestione di servizi educativi e/o assistenziali rivolti a persone con disabilità inserite in ambiente scolastico, con chiaramente specificato l’anno di inizio dell’attività;

8. Relazione/autocertificazione attestante la conoscenza del territorio;

9. Specifica accettazione dello schema di DUVRI;

10. Brochure informativa relativa al servizio di assistenza educativa al fine di mettere in luce le caratteristiche del proprio servizio e quindi agevolare la successiva valutazione e scelta da parte delle famiglie.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### IL LEGALE RAPPRESENTANTE