



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.