

ALLEGATO A

DOMANDA in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio per:

L'ACCREDITAMENTO LOCALE DI SOGGETTI GESTORI DI LABORATORI SOCIO OCCUPAZIONALI (LABORATORI PROTETTI) DEDICATI A PERSONE CON DISABILITA' RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 21 - PERIODO 14 MARZO 2024 – 31 DICEMBRE 2026.

All'Ambito Territoriale Sociale 21
Viale De Gasperi, 124
63074 San Benedetto del Tronto

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

In qualità di legale rappresentante di (indicare denominazione e ragione sociale) di:

con sede in _____ Via _____ N. _____
telefono _____ fax _____ e-mail _____
C.F. _____ P.IVA _____
Iscritto/a al seguente registro di settore: _____
e con i seguenti riferimenti (n. iscrizione/matricola/data ecc.) _____

VISTI

- L'Avviso per la procedura di Accreditamento Locale di Soggetto Gestori di laboratori Socio Occupazionali (Laboratori Protetti) dedicati a persone con disabilità residenti nel territorio dell'ATS 21 (di seguito per brevità "Avviso") – periodo 20 gennaio 2024 – 31 dicembre 2026.

CHIEDE

Di accreditarsi presso l'ATS 21 per l'erogazione del servizio di **Laboratorio SOCIO OCCUPAZIONALE** per persone con disabilità.

In particolare richiede l'accREDITAMENTO per le seguenti TIPOLOGIE di PERCORSO:

- Laboratorio occupazionale durata annuale e frequenza settimanale**
- Laboratorio assistenziale periodo max 4 settimane, ripetibili, frequenza 2/3 incontri settimanali**

Ai sensi e per gli effetti di cui agli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del precitato testo unico ed in particolare consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- Di voler ospitare il seguente numero di utenti, nei seguenti laboratori (da identificarsi con denominazione ed indirizzo) ubicate prioritariamente nel territorio dell'ATS 21:

_____ posti n. _____

_____ posti n. _____

_____ posti n. _____

_____ posti n. _____

* E' possibile dichiarare anche posti part-time

DICHIARA altresì

- Che è presente il servizio di **ristorazione (a carico dell'utenza)** e ne indica i seguenti costi:
(specificare): _____

- che il **Progetto educativo di struttura** è analiticamente descritto nell'allegato alla presente domanda.

Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- insussistenza delle cause di esclusione di all'art. 3, comma b) dell'Avviso;
- di avere una esperienza certificata di almeno 3 anni nell'organizzazione e/o gestione di attività educative-formative e/o socio- assistenziali nell'ambito della disabilità adulta, in particolare (descrivere l'esperienza posseduta):

- di mettere a disposizione personale professionalmente qualificato ai sensi dell'art. 3 dell'Avviso, con garanzia dell'organizzazione;
- di essere in regola con gli adempimenti di natura fiscale, previdenziale e infortunistica;
- che tutti gli spazi messi a disposizione del servizio di cui alla presente istanza e per i quali si chiede l'accreditamento, risultano idonei in riferimento alla specifica attività che vi verrà svolta.
- che gli spazi, di cui si allega alla presente planimetria, sono altresì tutti conformi alla normativa vigente in materia di edilizia e di sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs 81/08);
- di disporre di adeguata copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 3 comma d) dell'Avviso.

DICHIARA infine

- di impegnarsi, ai sensi del combinato disposto dell'art. 2, co.3, del DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165" e del Codice di comportamento del Comune di San Benedetto del Tronto e, per proprio tramite, i dipendenti e/o collaboratori a qualsiasi titolo della ditta, al rispetto degli obblighi di condotta previsti dai sopracitati codici per quanto compatibili;
- di impegnarsi ad effettuare qualsiasi trattamento di dati personali e sensibili ai sensi della vigente normativa in materia di privacy.
- di esonerare l'ATS 21 da qualsiasi responsabilità per danni diretta o indiretta a qualsiasi titolo derivante alle persone, alle strutture o alle cose, a seguito dell'attività svolta;
- di aver preso visione e accettare tutto quanto descritto ed esplicitato nel documento AVVISO PER LA

PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO LOCALE DI SOGGETTI GESTORI DI LABORATORI SOCIO OCCUPAZIONALI
(LABORATORI PROTETTI) DEDICATI A PERSONE CON DISABILITA' RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'ATS21;

Letto, confermato e sottoscritto.

(luogo e data)

IL/LA DICHIARANTE

Alla presente domanda si allegano:

- 1) fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.
- 2) Scheda descrittiva laboratorio (allegato B);
- 3) curriculum Vitae degli operatori designati per la gestione del servizio e del Coordinatore responsabile;
- 4) planimetrie delle strutture che ospiteranno il servizio.
- 5) carta dei servizi;
- 6) copia dell'ultimo bilancio approvato.