



	Area intervento	Denominazione		Area intervento	Denominazione
☐	Persone con disabilità	SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA	☐	Responsabilità familiari e diritti dei minori	PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE
☐	Persone anziane e persone con disabilità	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI	☐	Persone anziane e persone con disabilità	ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE
☐	Persone anziane e persone con disabilità	TELESOCORSO	☐	Donne in difficoltà	CENTRI PER LE FAMIGLIE
☐	Donne in difficoltà	SERVIZIO DI MEDIAZIONE FAMILIARE	☐	Donne in difficoltà	LABORATORI DI EDUCATIVA TERRITORIALE
☐	Donne in difficoltà	CENTRI ANTIVIOLENZA	☐	Immigrati	SERVIZIO DI MEDIAZIONE CULTURALE
☐	Multiutenza	SEGRETARIATO SOCIALE	☐	Multiutenza	TELEFONIA SOCIALE
☐	Multiutenza	TRASPORTO SOCIALE	☐	Multiutenza	UNITA' MOBILE DI STRADA
☐	Multiutenza	SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE			

A tale scopo

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

A) ai fini dei requisiti generali di accreditamento:

- di non aver subito condanne penali e di non avere in corso procedimenti penali a proprio carico;
- di godere della pienezza dei diritti civili;
- che la (Cooperativa/Fondazione/Ente/Azienda) è iscritta a (*barrare con una crocetta*):
 - ☐ Albo o Registri Regionali
 - ☐ C.C.I.A.
 - ☐ Registro prefettizio (specificare _____ con il/i n. _____)
- di impegnare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dalla normativa vigente;
- di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività di impresa, ove previsto dalla legge;
- di rispettare i trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e dalle norme in materia di previdenza e assistenza

B) ai fini dei requisiti specifici di accreditamento

- di possedere il seguente scopo sociale _____
- di possedere esperienza operativa di almeno 1 anno, e più precisamente dal ____/____/____ al ____/____/____.

SI IMPEGNA

- a rispettare gli standard quali quantitativi richiesti a garanzia del servizio;
- a sottoscrivere e a rispettare il patto di accreditamento:

DICHIARA INOLTRE

- che la formazione dei propri operatori è pari a non meno di 20 ore all'anno/cad., anche non continuative;
- che la qualificazione e l'esperienza professionale degli operatori coinvolti è adeguata al servizio richiesto, dando atto che la percentuale degli operatori in corso di qualificazione professionale non supera il 10% degli addetti;
- che verrà ricercato il massimo contenimento del turn-over degli operatori, adottando le seguenti modalità: _____
- che il coordinamento tecnico ed amministrativo dei servizi accreditati sarà svolto da:
 - coordinamento tecnico: _____
competenza professionale:.....
 - coordinamento amministrativo: _____
competenza professionale:.....
- che operatori e utenti sono soggetti ad idonea copertura assicurativa RC.

SI IMPEGNA

- alla sottoscrizione di una polizza contro ogni possibile danno causato a persone o cose inerenti al servizio per un massimale non inferiore a 2.000.000,00 euro per ogni singolo sinistro. La polizza prevede espressamente i danni causati agli utenti ovvero a terzi e ai loro beni in occasione delle prestazioni erogate;
- ad adottare, a garanzia della qualità delle prestazioni, il sistema di valutazione delle prestazioni del personale;
- ad adottare apposita Carta dei Servizi, con l'indicazione di: tipologia delle prestazioni erogate, modalità di collaborazione con la committenza per elaborazione attiva dei progetti e/o prestazioni, modalità di erogazione del servizio, condizioni per facilitare la valutazione da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano giuridicamente i loro diritti.
- a certificare che nell'anno precedente sono state svolte attività di servizio comprovante l'esperienza, rilevate nel bilancio consultivo.
- a consegnare eventuale documentazione integrativa che deve essere richiesta dagli Uffici comunali a chiarimento di quanto presentato, nonché a consentire e collaborare attivamente

all'effettuazione, da parte degli Uffici comunali eventualmente anche dei Comuni interessati, di verifiche sul campo in ordine alla corrispondenza tra documentazione e situazione rappresentata;

- a rispettare, in caso di accoglimento della domanda di accreditamento, le condizioni previste nel “Patto di Accreditamento”, dichiarando sin d’ora di accettare la decadenza dell’accredimento, e conseguente cancellazione dell’Albo dei Soggetti Erogatori, qualora venga meno anche uno solo dei requisiti esposti.

DICHIARA

- di essere a conoscenza ed accettare che l’accredimento venga disposto con provvedimento del Comune di Capri e Anacapri e che lo stesso implica accettazione dei vigenti Criteri di Accreditamento, che afferma di conoscere, nonché disponibilità ad operare nei comuni sopracitati per quanto attiene l’utilizzo dei voucher di cui alla presente domanda;
- di essere a conoscenza ed accettare che le attività per le quali viene disposto l’accredimento dovranno essere esercitate secondo le modalità tecnico-operative di cui agli standard di servizio assunti;
- che la tariffa offerta rispetta il minimo contrattuale previsto per le figure professionali impiegate.

Luogo e data, _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Si allegano:

1. Statuto/ atto costitutivo
2. Relazione attività (indicazione dettagliata delle modalità di espletamento delle prestazioni con riferimento alle qualifiche e profili professionali del personale impiegato e relativi curricula dei professionisti che verranno impiegati).
3. Polizza assicurativa (dopo la sottoscrizione del Patto di accreditamento)
4. Scheda valutazione del personale
5. Carta dei Servizi
6. Bilancio consuntivo anno precedente
7. Modello DURC rilasciato in data non anteriore a 60 giorni
8. Standard di servizi assunti
9. Scheda organica
10. Criteri e modalità per l’accredimento dei soggetti erogatori di servizi e prestazioni sociali
(da sottoscrivere ad ogni pagina per accettazione)