

Allegato A.2  
FAC-SIMILE DOMANDA

Spett. Comune di Arese  
Area Servizi alla Persona  
Via Col di Lana, 10  
20020 ARESE

Il sottoscritto/a .....

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

residente a ..... Via/Piazza .....

Codice Fiscale .....

in qualità di legale rappresentante della Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda

.....

con Sede Legale in ..... Via .....

Codice Fiscale/Partita I.V.A. ....

Telefono .....

E-mail .....

visto l'avviso pubblico per l'accreditamento di Unità d'offerta sociali di accoglienza residenziale per i minori,

**CHIEDE**

l'Accreditamento dell'Unità d'Offerta denominata

.....  
Tel. .... Fax .....

e-mail : .....

sita nel Comune di ..... in Via ..... n.....

ed adibita a :

- Comunità educativa
- Comunità familiare
- Alloggio per l'autonomia

(deve essere presentata una domanda per ogni singola unità d'offerta)

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del Citato DRP445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso di accreditamento, e precisamente:

1) **requisiti oggettivi** (art. 4 dell'Avviso):

Non aver riportato condanna definitiva per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale	
Assenza di procedimenti penali pendenti per fatti imputabili alla gestione del servizio, al momento della richiesta di accreditamento;	
Non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario, sociosanitarie e sociale;	
Non essere incorso nell'applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;	
Non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;	
Non aver provocato, per fatti imputabili a colpa del soggetto gestore, accertata giudizialmente, la risoluzione dei contratti di accreditamento, stipulati negli ultimi dieci anni, per la gestione della medesima unità d'offerta;	
Non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di tali situazioni;	
Non sussistenza di procedimenti o provvedimenti ai sensi delle Leggi 646/1982 e 936/1982 e successive modifiche e integrazioni, recanti disposizioni in materia di lotta alla delinquenza mafiosa;	
Non trovarsi in altre condizioni che sono causa di esclusione alla partecipazione alle procedure di affidamento di servizi previste dall'art. 38 del Decreto Legislativo n. 163/2006.	

(barrare con un **X** il rispetto delle condizioni)

2) **requisiti generali** (art. 4 dell'Avviso):

<p>Se Impresa, iscrizione nel registro della C.C.I.A.A. (o equivalente in base alla normativa comunitaria) per attività/oggetto sociale inerente al servizio da eseguire:</p> <p>n. d'iscrizione ..... data di iscrizione.....</p> <p>iscritta nella sezione ..... il .....</p> <p>durata .....</p> <p>oggetto sociale/attività .....</p> <p>inoltre, se cooperativa (di nazionalità italiana) : iscrizione all'Albo delle Società Cooperative:</p> <p>n. d'iscrizione ..... data di iscrizione.....</p> <p>altre informazioni (eventuali): .....</p> <p>.....</p>	
Che lo scopo sociale, desumibile dallo statuto/Atto costitutivo è congruente con la tipologia di servizio per la quale il soggetto intende accreditarsi, come desumibile dalla documentazione, in Allegato;	
Di aver presentato la CPE e/o essere in possesso dell'Autorizzazione al funzionamento	
Di rispettare il CCNL di riferimento, la normativa vigente in materia di rapporto di lavoro, gli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali a favore dei propri lavoratori, gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse;	
Che l'Impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative ed è in regola con i relativi contributi : (compilare tabella)	

1	INAIL- Codice Ditta		INAIL – posizione	
2	INPS – matricola azienda		INPS – sede competente	
Di rispettare il D.Lgs 81/2008 “Testo unico sicurezza” e successive modifiche e integrazioni;				
Di aver stipulato una copertura assicurativa RC per operatori ed utenti, come desumibile dalla documentazione/copia della polizza, in Allegato.				

(barrare con un **X** il rispetto delle condizioni e completare ove necessario)

**3) requisiti di qualità (art. 4 dell'Avviso):**

Come elencati e descritti nelle Schede dell' Allegato A) all'Avviso pubblico per l'accreditamento;

**DICHIARA ALTRESI'**

che tutta la documentazione e le certificazioni comprovanti quanto sopra dichiarato sono presenti nella sede dell'Unità di offerta a disposizione per la verifica

**SI IMPEGNA**

- ad osservare quanto previsto dall'Avviso pubblico per l'accreditamento;
- a dare tempestiva e formale comunicazione al Comune di Arese ed all'ASL MI1 in caso di :
  1. modifica della persona del legale rappresentante del soggetto gestore, comunicando i dati del nuovo legale rappresentante allegando i certificati relativi ai requisiti soggettivi;
  2. cessazione dell'attività, con indicazione della data di effettiva cessazione;
  3. ogni altra condizione che modifichi i termini dell'accreditamento.

**ALLEGATI alla presente dichiarazione:**

- 1) Allegato 1 - Autocertificazione requisiti di qualità e scheda Possesso dei requisiti
- 2) Allegato 2 - Scheda relativa al personale in servizio
- 3) Copia dello Statuto e/o Atto costitutivo (con evidenziato lo scopo sociale)
- 4) Carta dei Servizi
- 5) Copia polizza assicurativa
- 6) Fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del legale rappresentante sottoscrittore, in corso di validità

Luogo e data, .....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE .....