



**Ambito Territoriale Oglio Ovest – L. 328/00**

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO  
S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,  
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO  
D'OGLIO



*Piano di Zona 2021-2023,  
Macro Area Strategica:  
Contrasto alla povertà ed inclusione sociale*

**AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI  
ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI A SUPPORTO DEI PROGETTI  
PERSONALIZZATI PRIORITARIAMENTE ATTIVATI A FAVORE DEI BENEFICIARI  
DI REDDITO DI CITTADINANZA E LA CONSEGUENTE STIPULA DI PATTI DI  
ACCREDITAMENTO**

**Modello allegato "A" – ISTANZA DI ACCREDITAMENTO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Presentata dall'operatore economico

Denominazione Sociale: \_\_\_\_\_.

**REFERENTE PER L'ACCREDITAMENTO**

NOME e COGNOME  
\_\_\_\_\_

INDIRIZZO AL QUALE INVIARE LA CORRISPONDENZA PER LA PROCEDURA:  
\_\_\_\_\_

N. TEL. \_\_\_\_\_ N. FAX \_\_\_\_\_ N. CELL.  
\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE DICHIARANTE \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI (indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)

DELLA SOCIETA' (*denominazione e ragione sociale*) \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE \_\_\_\_\_

SEDE OPERATIVA \_\_\_\_\_

NUMERO DI TELEFONO \_\_\_\_\_ N. FAX \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PEC \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE SOCIETA'


PARTITA I.V.A. SOCIETA'

- iscritta alla C.C.I.A.A., se ricorre l'evenienza, con oggetto sociale ..... inerente alla tipologia del sostegno cui intende accreditarsi, numero di iscrizione al registro delle imprese ..... data di iscrizione .....;
- iscritta a ..... (eventuale iscrizione ad ulteriori registri, quale ad esempio l'accreditamento disposto da Regione Lombardia per i servizi al lavoro e per la formazione);
- Nel caso di cooperative sociali, iscrizione agli albi regionali di cui all'articolo 9, comma 1 della Legge n. 381/1991 della Regione ..... , data di iscrizione ..... e n. ....;

### C H I E D E

di essere ammesso all'accreditamento in oggetto per i seguenti servizi (barrare l'opzione scelta e specificare se intende accreditarsi per tutti o solo alcuni dei profili professionali dedotti in capitolo per gli specifici servizi):

Strategie (art. 5 capitolo)	Tutte i profili professionali?	In caso di risposta negativa, specificare i profili professionali a disposizione
1) <input type="checkbox"/> AZIONE DI CO- PROGETTAZIONE DEI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore Professionale <input type="checkbox"/> Mediatore Linguistico e Culturale <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta <input type="checkbox"/> Pedagogista <input type="checkbox"/> Sociologo <input type="checkbox"/> Neuropsichiatra <input type="checkbox"/> Psichiatra <input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica <input type="checkbox"/>
2) <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO/ AFFIANCAMENTO DEI BENEFICIARI PER FAVORIRE L'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/> Operatore della mediazione al lavoro <input type="checkbox"/>

3) <input type="checkbox"/> INTERVENTI EDUCATIVI PER IL DISAGIO ADULTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta <input type="checkbox"/>
4) <input type="checkbox"/> INTERVENTI EDUCATIVI PER I MINORI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore Professionale <input type="checkbox"/>
5) <input type="checkbox"/> INTERVENTI E SERVIZI PER ADOLESCENTI E GIOVANI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta <input type="checkbox"/>
6) <input type="checkbox"/> INTERVENTI PER UOMINI E DONNE STRANIERI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/> Mediatore Linguistico e Culturale <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta <input type="checkbox"/>
7) <input type="checkbox"/> PERCORSI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' E MEDIAZIONE FAMILIARE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/> Mediatore familiare <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Pedagogista <input type="checkbox"/>
8) <input type="checkbox"/> PERCORSI DI MEDIAZIONE CULTURALE E LINGUISTICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mediatore Linguistico e Culturale <input type="checkbox"/>
9) <input type="checkbox"/> INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ASA/OSS <input type="checkbox"/> Educatore professionale <input type="checkbox"/> Counselor <input type="checkbox"/>
10) <input type="checkbox"/> SERVIZIO DI TRASPORTO PER FAVORIRE L'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA		
11) <input type="checkbox"/> TIROCINI FINALIZZATI ALL'INCLUSIONE SOCIALE, ALL'AUTONOMIA DELLE PERSONE E ALLA RIABILITAZIONE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Educatore professionale <input type="checkbox"/> Operatore della mediazione al lavoro <input type="checkbox"/>

DICHIARA

Di aver eseguito nel biennio 2020 – 2021 e nel primo semestre dell'anno 2022 servizi analoghi ai sostegni per i quali si intende accreditare, come risultati dalle spunte immesse in corrispondenza dei sostegni sopra indicati;

**DICHIARA ALTRESÌ**

a) che l'operatore economico partecipa (barrare l'opzione scelta):

Come Concorrente singolo

Come Consorzio stabile o consorzio fra cooperative, ed a tal fine:

1) indica, quale/i consorziata/e esecutrice/i:

.....  
.....  
.....

2) intende eseguire in proprio le prestazioni di cui trattasi.

- b) l'inesistenza delle situazioni indicate all'articolo 80 del Codice dei contratti (in caso sussistano fornire dettagliata indicazione delle circostanze. Indicare anche tutte le informazioni per valutare la sussistenza di illeciti professionali: es. risoluzioni contrattuali, condanne penali anche non definitive ecc.);
- c) di non aver affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001, n. 165;
- d) di impegnarsi ad eseguire la prestazione nei modi e nei termini stabiliti dal capitolato dei servizi;
- e) di conoscere e accettare senza condizione o riserva alcune tutte le norme generali e particolari che regolano l'appalto oltre che tutti gli obblighi derivanti dalle prescrizioni del capitolato e del patto di accreditamento, di aver preso conoscenza di tutte le condizioni locali nonché delle circostanze generali e particolari che possono aver influito sulla valutazione di congruità dei prezzi;
- f) di aver adempiuto e di impegnarsi ad adempiere agli obblighi di sicurezza previsti dal D.Lgs. n. 81/2008;
- g) di impegnarsi a garantire a favore dei lavoratori dipendenti e, in quanto cooperativa, anche verso i soci, condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti di lavoro e dagli accordi locali in cui si svolgono i lavori, se più favorevoli nei confronti dei suddetti soggetti rispetto a quelle dei contratti di lavoro e degli accordi del luogo in cui ha sede la ditta;
- h) di impegnarsi ad ottemperare alle previsioni di cui al D.Lgs. n. 39/2014, acquisendo per i propri dipendenti idonea certificazione del casellario giudiziario, laddove anche solo uno dei sostegni per i quali si richiede l'accreditamento comporti il contatto con minori.

Lo scrivente acconsente ai sensi del RE 679/2016 al trattamento dei propri dati, anche personali, per le esclusive esigenze concorsuali e per la stipula di eventuale contratto.

Data .....

**Il Legale Rappresentante (Firma digitale)**

Il presente modulo deve essere firmato digitalmente dal legale rappresentante o da soggetto munito di idonei poteri da comprovarsi all'atto dell'invio della richiesta.

Solo per i soggetti non in possesso di dispositivo di firma digitale, è ammessa la firma autografa. Solo in questo caso è necessario allegare copia di un documento d’identità.

Allegare:

- a) Allegato A.1 - Informativa Privacy sottoscritta per presa visione;
- b) Carta dei servizi di cui all’art. 9 del capitolato ed all’art. 10 dell’avviso pubblico.