**Spett.le AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI SERRA SAN BRUNO**
**Comune Capofila Serra San Bruno**
**c.a. Responsabile dell'Ufficio di Piano**
**info@pec.comune.serrasanbruno.it**

Oggetto: D.G.R. n. 72 del 04/03/2024 - Manifestazione di interesse per il convenzionamento di strutture a ciclo semiresidenziali e residenziali per minori, adulti, anziani e disabili – Anno 2024.

II/La sottoscritto/a_____

nato/a_____ il_____

C.F._____ Residente _____

Indirizzo_____CAP_____

In qualità di Legale Rappresentante dell'Ente (denominazione del soggetto giuridico):

_____

con sede legale presso il Comune di _____

Indirizzo_____

Recapiti telefonici _____

Mail _____PEC _____

**MANIFESTA L'INTERESSE**

per il convenzionamento con l'Ambito Territoriale di Serra San Bruno per la seguente tipologia di struttura ("X" su una sola casella di interesse):

| **STRUTTURE PER MINORI** | |
|---|---|
| CENTRO DIURNO PER MINORI | |
| CENTRO DIURNO PER MINORI CON DISABILITA' | |
| CENTRO SOCIO-EDUCATIVO PER MINORI CON DISABILITA' | |
| COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI (6 – 13 ANNI) | |
| COMUNITÀ EDUCATIVA PER PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI (14 – 21 ANNI) | |
| GRUPPO APPARTAMENTO MASCHILE/FEMMINILE PER MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA | |
| COMUNITÀ SPECIALISTICA EDUCATIVA PER MINORI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO O DISADATTATI SOCIALI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI PENALI E/O AMMINISTRATIVI | |
| CENTRO SPECIALISTICO PER BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI ABUSI E MALTRATTAMENTI | |

| | |
|---|---|
| CENTRO PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI | |
| COMUNITA' PER MINORI E GIOVANI ADULTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE OVVERO IN ESECUZIONE DI PENA (L.R. n. 13 del 6 maggio 2022) | |
| SERVIZIO DI EDUCATIVA DOMICILIARE PER MINORI | |
| **STRUTTURE PER ADULTI** | |
| CENTRO DIURNO PER ANZIANI | |
| COMUNITÀ ALLOGGIO PER ANZIANI | |
| COMUNITÀ ACCOGLIENZA PER ADULTI IN DIFFICOLTÀ | |
| CASA RIFUGIO PER DONNE VITTIME DI VIOLENZA CON O SENZA MINORI | |
| CASA RIFUGIO PER VITTIME DI TRATTA CON O SENZA MINORI | |
| CASA DI ACCOGLIENZA PER DONNE IN DIFFICOLTÀ, GESTANTI E/O CON FIGLI | |
| CASA DI RIPOSO PER ANZIANI | |
| SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI | |
| SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI IN DIFFICOLTA' | |
| **STRUTTURE PER PERSONE CON DISABILITA'** | |
| CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA' MENTALE | |
| CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITÀ | |
| COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ | |
| COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ' MENTALE | |
| CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE | |
| COMUNITA' PER PERSONE CON DISABILITA' (L. 112/2016 DOPO DI NOI) | |
| CENTRO POLIVALENTE PER GIOVANI E ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO | |
| SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PERSONE CON DISABILITA' | |

**Denominata:** _____

**Ubicata** _____

a _____ Prov._____ CAP_____

(indirizzo) _____

(recapiti telefonici) _____

Mail _____ PEC_____

Partita Iva_____

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di esercitare in regola con la normativa vigente in materia, ovvero di essere in possesso:

- **Autorizzazione al funzionamento (allegare copia)**

|___| Tipo e n. Atto _____data_____

Ente che rilascia_____

- **Accreditamento istituzionale (allegare copia)**

|___| Tipo e n. Atto _____data_____

Ente che rilascia_____

Il sottoscritto è consapevole che l'iscrizione all'elenco degli Enti Convenzionati non comporta automaticamente la corrispondenza di risorse per l'erogazione di prestazioni.

**Allega alla richiesta:**

- copia del Documento di Riconoscimento del Legale Rappresentate in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva resa ai sensi di Legge in merito al possesso di tutti i requisiti previsti dalla tipologia di struttura per la quale si chiede di essere convenzionati con l'Ambito Territoriale di Serra San Bruno;
- dichiarazione sostitutiva resa ai sensi di Legge in merito al possesso di tutti i requisiti previsti dall'Art. 80 del Decreto Legislativo n. 50/2016;
- dichiarazione sostitutiva resa ai sensi di legge del Certificato Antimafia;
- proposta progettuale dell'intervento e della tariffa applicata;
- curriculum vitae del coordinatore del servizio;
- copia della Carta dei servizi della struttura;
- copia dell'organigramma della struttura, se non presente nella carta dei servizi;
- copia dell'Atto di Autorizzazione al Funzionamento;
- copia dell'Atto di Accreditamento istituzionale.

Luogo e data _____

**Timbro e firma del Legale rappresentante**

_____

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 e successive integrazioni e modifiche.

Luogo e data _____

**Timbro e firma del Legale Rappresentante**

_____