



DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 5.2

Ufficio del piano di zona

Allegato. 1 ISTANZA DI ACCREDITAMENTO AL REGISTRO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI- RESIDENZIALI CHE EROGANO SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____, il ___/___/___
codice fiscale n. _____, cell. _____,
e-mail _____
nella sua qualità di legale rappresentante
del/della _____
codice fiscale/partita IVA n. _____,
tel. _____, e-mail _____,
pec _____ con sede legale in,
via/piazza _____ n° _____,
con sede operativa in, via/piazza _____ n° _____,

CHIEDE

l'accreditamento secondo quanto previsto dalla delibera Giunta Regionale del Lazio nr 124/2015 modificata dalla DGR Lazio nr. 130/2018 e smi "Requisiti per l'accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali nella Regione Lazio", e della Delibera del Consiglio Comunale _____ n _____ della struttura denominata:

_____ -
con sede in _____ Via/piazza _____ N. _____
cap _____ tel. _____ mail _____

RESPONSABILE STRUTTURA:

(Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____

C.F. _____

AVENTE IL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

Conseguito il _____ Presso _____

con sede in _____

A tal fine, consapevole che le seguenti dichiarazioni vengono rilasciate ai sensi degli artt. 46 e 47 del dpr 445/2000 e delle sanzioni previste per il rilascio di dichiarazioni false o mendaci, con la consapevolezza che l'amministrazione comunale procederà ai controlli previsti dall'art. 71 del dpr 445/2000

DICHIARA

Che la tipologia socio-assistenziale della propria struttura è la seguente:

STRUTTURA RESIDENZIALE

- CASA DI RIPOSO PER ANZIANI
- CASA ALBERGO PER ANZIANI
- COMUNITA' ALLOGGIO (specificare la tipologia)
 - ADULTI CON DISABILITA'
 - ANZIANI
 - PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI
 - DONNE CON DIFFICOLTA'
- CASA FAMIGLIA (specificare la tipologia)
 - MINORI
 - ADULTI CON DISABILITA'
 - ANZIANI
 - PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI
 - DONNE CON DIFFICOLTA'
- GRUPPO APPARTAMENTO MINORI
- STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE
- COMUNITA' DI PRONTA ACCOGLIENZA
 - EDUCATIVA PER MINORI
 - PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI
 - DONNE CON DIFFICOLTA'

STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE

- CENTRO DIURNO (specificare la tipologia)
 - MINORI

- ADULTI CON DISABILITA'
- ANZIANI
- ADULTI CON DISAGIO PSICOSOCIALE

ALTRO (SPECIFICARE):

Di essere in possesso dell'autorizzazione al funzionamento della struttura Nr. _____ rilasciata da uno dei Comuni del Distretto Sociosanitario RM 5.2 _____ oppure dal Comune di _____ Prov. _____

Di avere alla data attuale (se struttura residenziale) la capienza di n. ospiti _____

ovvero

Di avere alla data attuale (se struttura semiresidenziale) la capienza massima contemporanea di n. utenti _____

- Di non trovarsi in alcuna delle cause ostative di cui all'art. 80 D.lgs. 50/2016, come modificato dall'articolo 49 del D.lgs. 56/2017.
- Di non trovarsi in alcuna condizione di decadenza, sospensione o divieto a contrarre rapporti con la Pubblica Amministrazione secondo le normative antimafia vigenti.
- Di accettare tutte le condizioni stabilite nelle normative Regionali e Comunali di riferimento avendone presa visione.
- Di essere consapevole che dall'eventuale accreditamento non deriva alcun obbligo per il Distretto RM 5.2 alla stipula di convenzioni.
- Di impegnarsi a rispettare integralmente tutto quanto previsto dalla normativa vigente in relazione ai contenuti e alle modalità di svolgimento delle attività affidate (tutela privacy, norme comportamentali, norme di sicurezza, contratti di lavoro e accordi integrativi per il personale dipendente.).
- Di aver preso visione del Regolamento per l'accreditamento delle strutture Residenziali e semiresidenziali che erogano servizi socioassistenziali nei comuni del Distretto Rm 5.2 (approvato con atto n. _____ del _____) e di impegnarsi a rispettarne integralmente i contenuti.

- Che il Responsabile e gli operatori della struttura non sono stati condannati con sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero non hanno procedimenti penali in corso per reati di cui al titolo IX (Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume), al capo IV del titolo XI (Dei delitti contro la famiglia) e al capo I e alle sezioni I, II e III del capo III del titolo XII (Dei delitti contro la persona) del Libro secondo del codice penale.
- Che tutti gli operatori possiedono idoneità psico-fisica per le mansioni da svolgere, attestata da idonea certificazione sanitaria.
- Che tutti gli allegati alla presente domanda sono veritieri e presentati in copia originale o conforme all'originale.
- Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione gestionale o strutturale e del Legale rappresentante ed aggiornare periodicamente la disponibilità di posti per l'inserimento nella banca dati consultabile on line sul sito del Comune di Guidonia Montecelio.
- Si impegna a fornire la valutazione annuale del servizio come previsto dalla DGR 130/2018 sezione 3.1 e 3.2

IL SOTTOSCRITTO, INOLTRE, DICHIARA:

- Di autorizzare il libero accesso nei luoghi di svolgimento delle attività da parte di personale dipendente o comunque espressamente autorizzato dall'Ufficio di Piano del Distretto RM 5.2, per lo svolgimento dei compiti di verifica e di controllo che ad essi competono.
- Di autorizzare la diffusione di tutte le informazioni fornite relativamente alla propria attività e al contenuto dei servizi presentati nel rispetto delle norme di legge.
- Di individuare come proprio referente, per qualsiasi comunicazione inerente all'oggetto dell'accreditamento, il Responsabile della struttura così come meglio identificato nella prima pagina del presente modulo.

Si allega alla presente domanda:

- Copia del documento del dichiarante titolare o legale rappresentante
- Copia autorizzazione all'apertura e al funzionamento aggiornata
- Progetto Globale della struttura
- Carta dei Servizi della struttura
- Questionario/scheda per la rilevazione della soddisfazione dei servizi per ospiti e/o familiari
- Elenco del personale operante ad ogni livello nella struttura con l'indicazione della tipologia contrattuale e corredato dai relativi c.v., firmato dal titolare/legale rappresentante
- Programma annuale di aggiornamento diversificato per tipologie professionali con la previsione delle tematiche di aggiornamento, con specifico riferimento alle diverse figure professionali le tempistiche e la specificazione degli enti o dei docenti formatori
- Certificato di qualità UNI EN ISO 9001 in corso di validità per Case di riposo e Case Albergo

ovvero:

- Codice Etico ex D.lgs. 231/2001 per Case famiglia, comunità alloggio e strutture semiresidenziali
- Altri documenti ritenuti utili per illustrare il possesso dei requisiti di qualità ove non evincibili dalla Carta dei Servizi

TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - GDPR, si informa che i dati personali rilasciati con la compilazione del presente modulo verranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento

Il Titolare del Trattamento dei dati rilasciati per la partecipazione alla presente procedura di selezione è il Comune di Guidonia Montecelio

**Il Responsabile del procedimento è il Coordinatore pro-tempore dell'Ufficio di Piano.
La presente domanda corredata della relativa documentazione allegata dovrà essere inviata esclusivamente mezzo pec all'indirizzo: protocollo@pec.guidonia.org.**

____/____/____
(Luogo e data)

**Il Legale Rappresentante
(firmato digitalmente)**

