

**protocollo@altavillamilicia.eu**

---

**Da:** "Segreteria" <segreteria@altavillamilicia.eu>  
**Data:** lunedì 23 maggio 2022 13:29  
**A:** <protocollo@altavillamilicia.eu>  
**Allega:** AVVISO ACCREDITAMENTO ANNO 2022.pdf; anziani.pdf; disabili.pdf; donne.pdf; minori.pdf; PATTO-DI-ACCREDITAMENTO-2022.pdf; trasporto.pdf  
**Oggetto:** I: trasmissione Avviso Accreditamento e allegati

Da protocollare per la pubblicazione

---

**Da:** distretto 39 ufficio piano [mailto:distretto39.ufficiopiano@comune.bagheria.pa.it]

**Inviato:** venerdì 20 maggio 2022 14:19

**A:** Comune di Casteldaccia; comune ficarazzi; segreteria@altavillamilicia.eu; ufficioservizisociali@comune.santaflavia.pa.it

**Oggetto:** trasmissione Avviso Accreditamento e allegati

Buongiorno, in allegato si trasmette l'Avviso di Accreditamento e relativi allegati al fine della pubblicazione nel vostro Albo pretorio e sito ufficiale. Cordiali saluti, Resp. Ufficio Piano dott.ssa F.P. Abbate.

---

Sto utilizzando la versione gratuita di [SPAMfighter!](#)

138 messaggi contenenti spam sono stati bloccati con successo.

Ottimizzate il vostro [PC lento](#). Scansione gratuita!

MUNICIPIO DI ALTAVILLA MILICIA  
Nr 9276 di protocollo  
Data di protocollazione \_\_\_\_\_  
CLASSIFIC. \_\_\_\_\_  
Nr \_\_\_\_\_ Classe 23 MAG 2022



# CITTÀ DI BAGHERIA

Area Metropolitana di Palermo  
Ente Capofila Distretto Socio Sanitario 39  
[www.comune.bagheria.pa.it](http://www.comune.bagheria.pa.it)

C.F. 81000170829  
P.IVA 00596290825

Distretto Socio Sanitario 39

Ufficio Piano

indirizzo: Via Federico II n.33

tel.: 091-943419

e-mail: [distretto39.ufficiopiano@comune.bagheria.pa.it](mailto:distretto39.ufficiopiano@comune.bagheria.pa.it)

“Accreditamento Distrettuale per l'erogazione dei servizi assistenziali a favore di anziani, disabili, minori e donne in difficoltà”

## AVVISO PUBBLICO

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano  
nella qualità di Coordinatore del Distretto Socio Sanitario 39

**Richiamate** la Legge quadro 328/2000 e la L.R. 22/1986;

**Atteso:**

-**che** ogni anno dal 1 al 30 Aprile gli Enti del Terzo Settore possono iscriversi o confermare la propria iscrizione al registro distrettuale di accreditamento con le modalità previste, secondo quanto indicato a suo tempo con determinazione n. 854/2017 del Responsabile Politiche Sociali del Comune di Bagheria Capofila del Distretto SS39;

-**che** in conseguenza dell'emergenza dovuta alla pandemia Covid-19 tutte le attività sono state prorogate;

**Considerato:**

-**che** è necessario provvedere all'aggiornamento del Registro Distrettuale per l'attivazione di servizi in favore dei soggetti fragili per le Sezioni Minori, Inabili, Anziani, Trasporto, Gestanti-ragazze madri e donne in difficoltà (vittime di violenza), attraverso la gestione distrettuale di fondi pubblici per l'attuazione dei Piani di Zona, del Pon Inclusione/QSFP, del PAC-Piano Azione e Coesione Anziani e Infanzia, dell'HCP-Home Care Premium, Progetti finanziati con F.N.P.S., Fondi Europei, Fondi Enti Pubblici e progetti Finanziati dalla Regione Siciliana;

-**che** tra i servizi attivabili in ambito distrettuale con il sistema di accreditamento possono rientrare:

- o SAD in favore di anziani, disabili, minori e gestanti-ragazze madri e donne vittime di violenza;
- o SED in favore di nuclei con minori a rischio di emarginazione sociale; mediazione familiare;
- o assistenza specialistica in favore di alunni disabili gravi (ASACOM);
- o servizi di nido, micronido e spazio gioco.

**Dato atto** che l'iscrizione è aperta agli Enti del Terzo Settore in possesso dei seguenti requisiti:

-iscrizione all'Albo Regionale ex art. 26 L.R. 22/86, recante “norme per la gestione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia”, secondo la sezione specifica per cui si chiede l'iscrizione o il mantenimento nel Registro Distrettuale;

-iscrizione nel Registro delle imprese CCIAA per le attività rientranti nell'oggetto dell'accREDITamento (servizi socio assistenziali ed altri servizi alla persona);

-possesso dei requisiti di cui all'art. 80 DLgs 50/2016 e ss.mm.ii;

-insussistenza delle cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del DLgs 159/2011;

-esperienza nell'ambito negli interventi sociali, gestione ed erogazione dei servizi sociali secondo la sezione specifica per cui si chiede l'iscrizione o il mantenimento;

-possesso delle figure professionali da destinare al servizio specifico:

1. per i servizi a minori e gestanti-ragazze madri e donne in difficoltà:

educatore, assistente all'infanzia, psicologo, assist. sociale, assistente familiare;

2. per i servizi ad anziani e inabili: OSS, OSA, assistente sociale, assistente familiare;

3. per i servizi in favore di alunni disabili gravi ASACOM si rinvia alle linee guida, per le funzioni di assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli studenti con disabilità, emanate

dall'Assessorato della Famiglia e Politiche Sociali, ai sensi della L.R. 20 giugno 2019, n.10 "Disposizioni in materia di diritto allo studio";

4. per il servizio di trasporto: autista e figure utili allo svolgimento del servizio, automezzi idonei ai sensi di legge omologati e corredati di pedane per disabili,

### **RENDE NOTO**

**che** sono aperti i termini per richiedere l'iscrizione al Registro Distrettuale o per confermare il mantenimento dei requisiti,

Il termine perentorio per la presentazione delle nuove iscrizioni e/o della dichiarazione di conferma del possesso dei requisiti è fissato al 13/06/2022, fermo restando che le richieste pervenute a partire dal 01/04/2022 sono ammissibili.

Le richieste dovranno essere presentate secondo i modelli di domanda, che si allegano al presente avviso per farne parte integrante e sostanziale, unitamente allo schema del patto di accreditamento che dovrà essere siglato per accettazione.

La domanda deve essere sottoscritta dal legale rappresentante della Ditta che chiede l'accreditamento e deve essere corredata della documentazione indicata nel modello.

Il perfezionamento del rapporto, tra il Comune di Bagheria, Capofila del Distretto SS39, e l'Ente accreditato, avverrà attraverso la sottoscrizione del Patto di Accreditamento, che conterrà disposizioni e condizioni che regoleranno i rapporti tra le parti in causa, con possibilità di precisare dettagli specifici per l'attivazione di particolare servizi.

Ogni domanda di iscrizione al Registro Distrettuale, differenziata per sezione, e la documentazione richiesta devono pervenire, con la seguente dicitura: "Accreditamento Distrettuale DSS39-Aggiornamento Registro Anno 2022", all'Ufficio di Protocollo del Comune di Bagheria Ente Capofila Distretto Socio Sanitario 39 -Direzione Politiche Sociali - Ufficio Piano Via Federico II 33 oppure tramite Pec al seguente indirizzo:

[politichesociali@comunebagheria.telecompost.it](mailto:politichesociali@comunebagheria.telecompost.it)

Per le nuove iscrizioni deve essere presentata una richiesta per ogni sezione.

Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Francesca Paola Abbate

#### **TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati riservati", si fa presente che i dati forniti saranno trattati dall'Amministrazione aggiudicatrice per le finalità connesse all'espletamento della gara e la necessaria stipula e gestione del contratto. Il trattamento dei dati verrà effettuato dall'Amministrazione in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere attestato mediante strumenti manuali e informatici idonei a trattarli nel rispetto delle regole di sicurezza previste dalla legge. Acquisite, ai sensi del citato art. 13, D.Lgs. 196/03, le sopra riportate informazioni, con la presentazione dell'offerta e/o la sottoscrizione del Contratto, il concorrente acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra indicato. Responsabile del trattamento dei dati personali è la Dott.ssa Francesca Paola Abbate.

*Il Coordinatore del Distretto SS39  
Dott.ssa Francesca Paola Abbate*

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI ASSISTENZIALI IN FAVORE DI SOGGETTI FRAGILI: ANZIANI

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'accreditamento al Registro del DSS 39 per la sezione ANZIANI della  
coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ per

l'erogazione dei servizi di:

assistenza domiciliare

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016
- b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011
- c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.
- d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex art.26 L.R. 22/86 per la sezione ANZIANI tipologia \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro dei disabili di cui all'art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresi

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:
  1. OSS: \_\_\_\_\_
  2. OSA: \_\_\_\_\_
  3. assistente sociale: \_\_\_\_\_
  4. assistente familiare: \_\_\_\_\_
  5. altre figure professionali: \_\_\_\_\_
- di accettare le condizioni previste nel "Patto di accreditamento"

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**- Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

- ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003
  - (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell'avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI ASSISTENZIALI IN FAVORE DI SOGGETTI FRAGILI: **INABILI**

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'accREDITAMENTO al Registro del DSS 39 per la sezione INABILI della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per l'erogazione dei servizi di:

- assistenza domiciliare
- assistenza specialistica in ambiente scolastico (autonomia e comunicazione)

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016
- b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011
- c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.
- d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex art.26 L.R. 22/86 per la sezione INABILI tipologia \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro dei disabili di cui all'art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresi

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:
  1. OSS: \_\_\_\_\_
  2. OSA: \_\_\_\_\_
  3. assistente sociale: \_\_\_\_\_
  4. altre figure professionali (Ass. Specialistica scolastica) \_\_\_\_\_

- di accettare le condizioni previste nel "Patto di accreditamento"

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**- Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

- ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003
  - (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell'avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DI SOGGETTI FRAGILI: GESTANTI – RAGAZZE MADRI – DONNE IN DIFFICOLTÀ

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'accREDITAMENTO al Registro del DSS 39 per la sezione GESTANTI – RAGAZZE MADRI – DONNE IN DIFFICOLTÀ della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_  
per l'erogazione dei servizi di:

- educativa domiciliare/familiare  
 mediazione familiare

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016  
b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011  
c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.  
d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex art.26 L.R. 22/86 per la sezione GESTANTI – RAGAZZE MADRI – DONNE IN DIFFICOLTÀ tipologia \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro dei disabili di cui all'art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresi

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:
  1. educatori: \_\_\_\_\_
  2. assistente sociale \_\_\_\_\_
  3. mediatore: \_\_\_\_\_
  4. altre figure professionali: \_\_\_\_\_
- di accettare le condizioni previste nel "Patto di accreditamento"

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell'avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI ASSISTENZIALI IN FAVORE DI  
**MINORI**

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'accREDITAMENTO al Registro del DSS 39 per la sezione MINORI della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_  
per l'erogazione dei servizi di:

- educativa domiciliare/familiare  
 mediazione familiare  
 servizi di nido e/o micronido – spazio gioco

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016  
b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011  
c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.  
d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex art.26  
L.R. 22/86 per la sezione MINORI tipologia \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro dei disabili di cui all'art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresi

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:
  1. educatori: \_\_\_\_\_
  2. assistenti all'infanzia: \_\_\_\_\_
  3. assistente sociale \_\_\_\_\_
  4. mediatore: \_\_\_\_\_
  5. altre figure professionali: \_\_\_\_\_
- di accettare le condizioni previste nel "Patto di accreditamento"

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

-

\_\_\_\_\_

**- Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

- ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003
  - (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell'avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**PATTO DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI A FAVORE DI DESTINATARI DEL VOUCHER SOCIALE RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'AMBITO DISTRETTUALE D39**

Vista la legge 8 novembre 2000 n.328;

Visto il Piano di Zona del Distretto D39;

Vista la circolare dell'Assessorato Regionale alla Famiglia, alle Politiche Sociali n.548 del 6 aprile 2005;

Il Coordinatore dell'Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario 39 \_\_\_\_\_ del Comune di Bagheria \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in nome e per conto del Comune che rappresenta, domiciliato/a per la carica che ricopre in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**E**

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (PA), il \_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ (PA) in \_\_\_\_\_, in qualità di rappresentante legale della " \_\_\_\_\_ " Soc. coop. sociale, con sede legale a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, iscritta all'Albo Regionale, ex art.26 , L.22/86 Sezione \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**premessso che**

la Ditta " \_\_\_\_\_ " Soc. coop. sociale, in quanto in possesso dei requisiti richiesti, è stata accreditata con determinazione sindacale n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ del Comune Capofila ed iscritta al n. \_\_\_ del Registro Distrettuale di Accreditamento per la sezione \_\_\_\_\_ e per i servizi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**concordano quanto segue**

**Art. 1**

L'organizzazione accreditata:

- accetta il sistema tariffario previsto per l'acquisto delle prestazioni del *voucher* sociale previsti nel Piano di Zona e nei progetti socio assistenziali del Distretto Socio Sanitario 39;
- attua il Progetto individualizzato stabilito tra il beneficiario/familiare ed il Servizio Sociale Professionale, accettando il *voucher* presentato e rispettando i tempi di avvio previsti;
- accetta i sistemi di verifica e di controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni stabiliti dall'Ufficio di Servizio Sociale Professionale per le prestazioni rese in regime di *voucher* sociale;
- si impegna a mantenere i requisiti di idoneità organizzativo – gestionale per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali da parte di personale qualificato, assunto nel rispetto dei CCNL di categoria;
- fornisce elenco nominativo delle figure professionali, con allegati titoli del personale da adibire ai servizi di che trattasi;
- assume la responsabilità della qualità delle prestazioni socio-assistenziali e della relazione d'aiuto poste in essere dai propri operatori;
- applica al trattamento dei dati le misure previste dalla legislazione vigente;
- si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di Responsabilità Civile esonerando l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità per eventuali danni ad utenti o a terzi derivanti dall'espletamento del servizio;
- propone i servizi aggiuntivi e migliorativi descritti in allegato, facenti parte integrante ed essenziale del presente atto.

## Art.2

Il Comune di Bagheria :

- in attuazione delle funzioni di vigilanza e controllo sui servizi offerti, esercita d'ufficio, oltre che su richiesta dell'assistito e/o dei suoi familiari, verifiche sulla compiuta attuazione dei contenuti del presente Patto, tramite il Servizio Sociale Professionale che sulla base dell'esito delle verifiche effettuate, può proporre la revoca dell'accreditamento;
- corrisponde all'organizzazione accreditata, previa acquisizione DURC e verifiche, l'importo relativo ai *voucher* che verranno fatturati dalla stessa, secondo le tariffe indicate nel Piano di Zona e nei progetti socio assistenziali del Distretto Socio Sanitario 39, nel rispetto dei termini previsti dalla legislazione vigente;
- effettua verifiche periodiche sull'andamento globale del servizio anche attraverso appositi incontri tra i referenti dell'Ufficio stesso e degli Enti Accreditati;
- si riserva la facoltà di chiedere all'Ente accreditato la sostituzione del personale che dimostri inadeguatezza nell'adempimento delle mansioni affidate.

## Art. 3

Il presente Patto ha validità a decorrere dalla sottoscrizione e per anni uno e ad esso può essere dichiarata formale rinuncia da parte della Ditta con preavviso di almeno 30 giorni.

Il presente Patto può essere risolto nelle seguenti fattispecie:

- in caso di gravi violazioni degli obblighi in esso previsti o per utilizzo di personale professionalmente non idoneo e qualificato;
- a seguito di cancellazione dal Registro distrettuale di accreditamento per mancata conferma dei requisiti da dichiarare dal 01/04 al 30/04 di ogni anno ;

Le cause di risoluzione hanno efficacia a seguito di formale diffida inviata con raccomandata A.R. dal Comune e di mancata rimozione delle stesse, entro i termini prescritti, da parte dell'organizzazione accreditata.

## Art. 4

La Ditta non avrà nulla da pretendere, a nessun titolo, da parte del Comune di \_\_\_\_\_, nel caso in cui non dovesse essere prescelta da alcun utente.

Letto, confermato e sottoscritto

*Per il Comune di* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Per la Ditta*

“ \_\_\_\_\_  
Il Legale Rappresentante

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI **TRASPORTO** IN FAVORE DI SOGGETTI FRAGILI.

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'accREDITAMENTO al Registro del DSS 39 per la sezione **TRASPORTO** della  
coop/assoc/ente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per l'erogazione dei servizi di:

trasporto con accompagnatore per minori, anziani e disabili

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016
- b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011
- c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.
- d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex L.R. 22/86 per la sezione \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro ei disabili di cui all'art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresi

- di possedere i seguenti automezzi idonei, ai sensi di legge, omologate e corredate da pedane per disabili
- 

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:

1. autisti \_\_\_\_\_

2. altre figure professionali: \_\_\_\_\_

- di accettare le condizioni previste nel "Patto di accreditamento"

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dei libretti di circolazione da cui si evinca la revisione e l'omologazione delle pedane;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

---

**Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell'avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

---

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI **TRASPORTO** IN FAVORE DI SOGGETTI FRAGILI.

Al Comune di Bagheria  
in qualità di Comune capofila del DSS39

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'accREDITAMENTO al Registro del DSS 39 per la sezione **TRASPORTO** della coop/assoc/ente \_\_\_\_\_

per l'erogazione dei servizi di:

trasporto con accompagnatore per minori, anziani e disabili

in favore di beneficiari di voucher sociali individuati dai Servizi Sociali Professionali residenti nei Comuni del Distretto

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**1. nei propri confronti:**

- a. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art.80 del D.Lvo 50/2016
- b. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 159 del 06 settembre 2011
- c. che negli ultimi cinque anni non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione previste dal libro I, titolo I, capo II del D.Lgs. 159/2011, irrogate nei confronti di un proprio convivente.
- d. che nel Casellario Giudiziale, risulta \_\_\_\_\_  
e che la Procura di pertinenza è presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

**2. nei confronti della ditta rappresentata:**

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ ha sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e sede operativa in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta all'Albo Regionale ex L.R. 22/86 per la sezione \_\_\_\_\_ Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per la stipula di convenzioni con i Comuni.

- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti organizzativi – gestionali;
- che coop/assoc/ente \_\_\_\_\_ è /o non è soggetta alle norme sul diritto al lavoro ei disabili di cui all'art.17 della Legge 68/99 in quanto il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

**DICHIARA**

altresi

- di possedere i seguenti automezzi idonei, ai sensi di legge, omologate e corredate da pedane per disabili
- 

- che le prestazioni professionali sono svolte dal sottoelencato personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare:

1. autisti \_\_\_\_\_

2. altre figure professionali: \_\_\_\_\_

- di accettare le condizioni previste nel "Patto di accreditamento"

Allega alla presente:

- Copia del Patto di accreditamento, siglato per accettazione dal legale rappresentante su ogni foglio;
- Copia dei libretti di circolazione da cui si evinca la revisione e l'omologazione delle pedane;
- Copia dell'atto costitutivo dell'organismo e dello statuto aggiornato con oggetto sociale compatibile con la sezione di riferimento resa conforme dal legale rappresentante dell'Ente richiedente;
- Curriculum dell' Ente relativo alle attività svolte nell'ultimo triennio.
- Copia del documento d'identità del legale rappresentante

Luogo e data

Firma

---

**Informativa sul trattamento dei dati personali - Consenso**

ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.lgs.196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sopra generalizzato, letta l'informativa inserita nell'avviso esprime il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per la finalità ivi descritte.

Luogo e data

Firma

---