



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio
Sede legale: Via Lusardi, 26 -22017 MENAGGIO (CO)
Sede operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)
Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299
Mail: segreteria@aziendasocialeclv.it
PEC: asclv@pec.aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER FORNIRE INTERVENTI DI NATURA
EDUCATIVO/SOCIALIZZANTE CHE FAVORISCA IL BENESSERE PSICOFISICO
DI MINORI CON DISABILITÀ DESTINATARI DI VOUCHER
(EX FONDO NON AUTOSUFFICIENZA-MISURA B2)**

Il/la sottoscritto/a nato a il/...../.....,
Residente a via,
Codice Fiscale,
in qualità di Legale rappresentante della Coop./Associazione/Ente/Azienda
.....,
con sede legale in via,
CF/Partita IVA n°.

CHIEDE

l'Accreditamento della (Coop./Associazione/Ente/Azienda) per
fornire interventi di natura educativo/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico di
minori con disabilità destinatari di voucher, in ottemperanza alla misura B2 del Fondo Non
Autosufficienza.

A tale scopo,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione previste dall'art. 80. D. Lgs. 50/16 attualmente in vigore;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ai sensi della L. 68/1999;
- l'insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011;
- che la Coop./Associazione/Ente/Azienda è iscritta a (Albo/Registro regionale/C:C:I:A:A;; Tribunale; Registro Prefettizio) al n°.;
- che la Coop./Associazione/Ente/Azienda non si trova in alcuna delle situazioni ostative alla conclusione di contratti con la pubblica amministrazione ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di lotta alla mafia;
- che lo scopo sociale (mission aziendale) della Coop./Associazione/Ente/Azienda è in linea con la specificità del settore;
- di essere in possesso di esperienza nel settore specifico da almeno un anno;

- le prestazioni professionali sono svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare come previsto dai requisiti per l’accreditamento dalla normativa regionale vigente;
- di accettare le condizioni previste nel Patto di Accreditamento;
- che la Coop./Associazione/Ente/Azienda è in possesso dei requisiti organizzativo -gestionali come da autocertificazione allegata (Allegato 1).

Data

Il Legale Rappresentante

.....

Si allegano:

- 1) Copia della carta d’identità del legale rappresentante
- 2) allegato 1: Requisiti organizzativo – gestionali per l’accreditamento
- 3) allegato 2: Elenco nominativo del personale impiegato nel servizio
- 4) allegato 3: Scheda identificativa dell’organizzazione

**LE DOMANDE DEVONO PERVENIRE PRESSO LA SEGRETERIA DELL’AZIENDA
SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI ENTRO E NON OLTRE LE
ORE 12.00 DI VENERDÌ 4 GIUGNO 2021
(referente dott.ssa Elisabetta Lietti)**