**Allegato C-**

*bollo da euro 16,00*

 **Al COMUNE DI OSIMO**

 ENTE CAPOFILA

 DELL’AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XIII

 UFFICIO DI COORDINAMENTO

 Pec comune.osimo@emarche.it

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

**(CUP G34H22000550005)**

per l’accreditamento e la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell’ambito del Progetto Inps “Home Care Premium 2022 – Assistenza domiciliare”

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’impresa/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_

con codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice attività n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’iscrizione all’elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2022 – Assistenza domiciliare” per le seguenti prestazioni integrative oggetto della presente procedura **(barrare una o più prestazioni per cui si chiede l’accreditamento):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rif.** | **Categoria** | **Prestazione** | **Scelta** |
| A | **Servizi professionali domiciliari***Interventi integrativi e complementari svolti da operatori socio-sanitari ed educatori professionali; è escluso l’intervento di natura professionale sanitaria* | OSS |  |
| EDUCATORE PROFESSIONALE |  |
| B | **Altri servizi professionali domiciliari***resi da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti.* | PSICOLOGO |  |
| FISIOTERAPISTA |  |
| LOGOPEDISTA |  |
| C | **Servizi e strutture a carattere extra domiciliare***Centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili; Centri diurni per gli anziani; Centri di aggregazione giovanile; Centri per l’Infanzia)* | CENTRI SOCIO-EDUCATIVI RIABILITATIVI DIURNI |  |
| CENTRO DIURNI PER GLI ANZIANI |  |
| CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE |  |
| CENTRI PER L’INFANZIA |  |
| D | **Sollievo** | SOLLIEVO DOMICILIARE |  |
| E | **Trasferimento assistito** | TRASPORTO INDIVIDUALE CON ASSISTENZA |  |
| H | **Percorsi di integrazione scolastica** *Servizi di assistenza specialistica ad personam in favore di studenti con disabilità volti a favorire l’autonomia e la comunicazione, così come indentificati dall’articolo 13, comma 3 della Legge 104/1992. Hanno diritto all’assegnazione di tale prestazione integrativa, nei limiti del budget individuale, esclusivamente gli studenti con accertamento di handicap ex lege 104/1992. L’intervento potrà* *essere fornito sia all’interno che all’esterno della scuola e anche al di fuori dell’orario scolastico.* | PERCORSI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA |  |
| SERVIZI DI ASSISTENZA SCOLASTICA SPECIALISTICA |  |
| I | **Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l’inserimento occupazionale***Servizi rivolti a persone in età da lavoro alla ricerca di un’occupazione idonea rispetto alle abilità e capacità personali ovvero di orientamento per intraprendere un percorso formativo finalizzato all’acquisizione di competenze necessarie all’inserimento nel mondo del lavoro avendo riguardo dei limiti legati alla condizione di non autosufficienza. Servizi rivolti a valorizzare le diverse abilità della persona non autosufficiente anche non propriamente finalizzate alla percezione di un guadagno.* | PERCORSI DI INSERIMENTO OCCUPAZIONALE  |  |
| PERCORSI DI VALORIZZAZIONE |  |
| L | **Servizi per minori affetti da autismo** | SERVIZI PER MINORI AFFETTI DA AUTISMO |  |
| M | **Servizio di attività sportive***rivolte a diversamente abili* | SERVIZI SPORTIVI |  |

**DICHIARA**:

**di aver maturato una esperienza di almeno 2 anni nel territorio dell’A.T.S. XIII**

Inoltre dichiara che, intende partecipare alla presente procedura, come:

* concorrente singolo;
* come mandataria di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio ordinario già costituito fra le seguenti imprese o associazioni (indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa):

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

* come mandataria di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio da costituirsi fra le seguenti imprese (indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa,):

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

* come consorzio ordinario di concorrenti di cui all’art. 45, comma 2, lett, e) del D. Lgs.50/2016

◦ che partecipa per sé stesso;

◦ che partecipa per le seguenti consorziate:

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

* come consorzio ordinario di concorrenti di cui all’art. 45, comma 2, lett, c) del D. Lgs.50/2016

◦ che partecipa per sé stesso;

◦ che partecipa per le seguenti consorziate:

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

* Altro:

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

Luogo e data Firma del sottoscrittore

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

**A tal fine, a corredo della presente istanza, produce:**

- Carta dei Servizi

- Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 2000 e s. m. i. (Allegato D)

- Dichiarazione dei soggetti di cui all’’art. 80 comma 3 D. Lgs. 50/2016 (Allegato E)

- fotocopia, non autenticata, in corso di validità di documento di identità del sottoscrittore.