

(da inviare via PEC al seguente indirizzo: regione.marche.direzionesociosan@emarche.it)

MODULO DI RICHIESTA CANDIDATURA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

In qualità di legale rappresentante dell'Ente/Società

Ragione Sociale _____

sede Legale in Via/Piazza n. _____

Comune di _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

PEC _____ E-Mail _____

Telefono _____ Cell. _____

L'Ente/Società è sottoposta a direzione e coordinamento ex art. 2497 e s.s. del codice civile da parte della seguente Ente/società _____

C.F. _____

DICHIARA

- ✓ essere titolari di autorizzazione all'esercizio di nuclei appartenenti a strutture residenziali e semi-residenziali, con sede nella regione Marche, per le quali si presenta la candidatura;
- ✓ le autorizzazioni all'esercizio dei nuclei insistenti all'interno delle strutture residenziali e semi-residenziali, devono essere state rilasciate dal Comune/Ente competente entro la data di pubblicazione del presente avviso;
- ✓ le strutture devono essere attive e funzionanti;
- ✓ essere in regola rispetto alle disposizioni in materia fiscale, di contributi previdenziali ed assistenziali secondo la vigente normativa;
- ✓ essere in regola con le norme obbligatorie in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro: D. Lgs. n. 81/2008 (testo unico sicurezza sul lavoro) e s.m.i.;
- ✓ applicare ai lavoratori dipendenti condizioni economiche e normative non inferiori a quelle previste dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dai contratti decentrati sottoscritti dalle Organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale;
- ✓ non essere sottoposti a sanzioni interdittive ex art. 9 D.lgs. 231/2011 né a misure di prevenzione e conseguenti divieti, sospensioni e decadenze di cui all'art. 67 del D.lgs. 159/2011

Giunta regionale

- ✓ non essere in liquidazione volontaria e non essere sottoposti a procedure concorsuali con finalità liquidatoria

**PROPONE LA CANDIDATURA PER LE SEGUENTI CATEGORIE DI DESTINATARI E
RELATIVE AREE**

Ogni ente titolare, partecipante alla manifestazione d'interesse, potrà candidarsi per più categorie di destinatari e per le relative aree

(Indicare con una X le caselle corrispondenti)

CATEGORIA

AREA

Anziani

- Area Sanitaria extraospedaliera
 Area Sanitaria extraospedaliera Demenze
 Area Socio-sanitaria
 Area Socio-sanitaria Demenze
 Area Sociale

Disabili

- Area Sanitaria extraospedaliera
 Area Socio-sanitaria
 Area Sociale

Salute Mentale

- Area Sanitaria extraospedaliera
 Area Socio-sanitaria
 Area Sociale

Dipendenze
Patologiche

- Area Sanitaria extraospedaliera
 Area Socio-sanitaria
 Area Sociale

Adulti

- Area Sanitaria extraospedaliera
 Area Socio-sanitaria
 Area Sociale Donne Vittime di
 Violenza, tratta, sfruttamento
 Area Sociale adulti in difficoltà
 Area Sociale detenuti ed
 Ex detenuti

Minorenni

Area Socio-sanitaria

Area Sociale

INDICA LA SEGUENTE PRIORITA':

(indicare obbligatoriamente la priorità per una sola categoria e una sola area afferente a quella categoria)

CATEGORIA DESTINATARI

AREA

DICHIARA inoltre di avere i seguenti requisiti

in base alle categorie di destinatari e all'Area scelte compilare i dati relativi a: numero di posti letto/posti per tipologia di struttura residenziale e semiresidenziale, data di autorizzazione all'esercizio, l'anzianità d'esercizio, la copertura territoriale; per la sola categoria Anziani la copertura Area, eventuali certificazioni possedute, titolarità di strutture sia residenziali che semiresidenziali)

Categoria ANZIANI - Regime Residenziale/Semiresidenziale

- 1) che il numero di posti letto/posti complessivamente autorizzati all'esercizio per categoria e per area, la data della prima Autorizzazione all'esercizio o nel caso dell'area demenze la data della prima convenzione delle strutture di cui è titolare, e il numero anni di anzianità sono i seguenti:

Area Sanitaria
Extraospedaliera

n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni _____

Area Sanitaria
Extraospedaliera Demenze

n. posti letto _____ data prima convenzione _____ N. anni _____

Regime semi residenziale

n. posti _____ data prima convenzione _____ N. anni _____

Area Socio-sanitaria Demenze

n. posti letto _____ data prima convenzione _____ N. anni _____

Area Socio-sanitaria

n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni _____

Regime semi residenziale

n. posti _____ data Aut Es _____ N. anni _____

Area Sociale

n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni _____

- 2) che le strutture residenziali e semiresidenziali, di cui è titolare, garantiscono la seguente copertura territoriale *(Indicare con una X le caselle corrispondenti)*

AST PU

AST AN

AST MC

AST FM

AST AP

- 3) che le strutture residenziali, di cui è titolare, garantiscono la seguente copertura di almeno tre aree di cui una sociale

SI

NO

4) di essere in possesso delle seguenti Certificazioni internazionali di qualità

5) di essere, nella stessa categoria di destinatari, titolare sia di strutture residenziali che semiresidenziali

SI

NO

DISABILI Regime Residenziale/ Semiresidenziale

1) che il numero di posti letto/posti complessivamente autorizzati all'esercizio per categoria e per area, la data della prima Autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui è titolare, e il numero anni di anzianità sono i seguenti:

Area Sanitaria

Extraospedaliera

n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Regime semi residenziale

n. posti _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Area Socio-sanitaria

n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Regime semi residenziale

n. posti _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Area Sociale

n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

2) che le strutture residenziali e semiresidenziali di cui è titolare garantiscono la seguente copertura territoriale

(Indicare con una X le caselle corrispondenti)

AST PU

AST AN

AST MC

AST FM

AST AP

3) di essere in possesso delle seguenti Certificazioni internazionali di qualità

4) di essere, nella stessa categoria di destinatari, titolare sia di strutture residenziali che semiresidenziali

SI

NO

Giunta regionale

Regime semi residenziale n. posti _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Area Sociale n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

- 1) che le strutture residenziali e semiresidenziali di cui è titolare garantiscono la seguente copertura territoriale

(Indicare con una X le caselle corrispondenti)

AST PU AST AN AST MC AST FM AST AP

- 3) di essere in possesso delle seguenti Certificazioni internazionali di qualità

- 4) di essere, nella stessa categoria di destinatari, titolare sia di strutture residenziali che semiresidenziali

SI NO

ADULTI Regime Residenziale/Semiresidenziale

- 1) che il numero di posti letto/posti complessivamente autorizzati all'esercizio per categoria e per area, la data della prima Autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui è titolare, e il numero anni di anzianità sono i seguenti:

Area Sanitaria

Extraospedaliera n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Regime semi residenziale n. posti _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Area Socio-sanitaria n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Area Sociale n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____
Donne Vittime di Violenza , Tratta e Sfruttamento

Area Sociale n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____
Adulti in difficoltà

Area Sociale n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____
Detenuti ed Ex detenuti

- 1) che le strutture residenziali e semiresidenziali, di cui è titolare, garantiscono la seguente copertura territoriale

(Indicare con una X le caselle corrispondenti)

AST PU AST AN AST MC AST FM AST AP

- 2) di essere in possesso delle seguenti Certificazioni internazionali di qualità
-
-

- 3) di essere, nella stessa categoria di destinatari, titolare sia di strutture residenziali che semiresidenziali

SI

NO

MINORENNI Regime Residenziale /Semiresidenziale

- 1) che il numero di posti letto/posti complessivamente autorizzati all'esercizio per categoria e per area, la data della prima Autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui è titolare, e il numero anni di anzianità sono i seguenti:

Area Socio-sanitaria n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Regime semi residenziale n. posti _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Area Sociale n. posti letto _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

Regime semi residenziale n. posti _____ data Aut Es. _____ N. anni anzianità _____

- 1) che le strutture residenziali e semiresidenziali, di cui è titolare, garantiscono la seguente copertura territoriale

(Indicare con una X le caselle corrispondenti)

AST PU

AST AN

AST MC

AST FM

AST AP

- 2) di essere in possesso delle seguenti Certificazioni internazionali di qualità
-
-

- 3) di essere, nella stessa categoria di destinatari, titolare sia di strutture residenziali che semiresidenziali

SI

NO

SI IMPEGNA

Nel caso risultasse individuato quale rappresentante degli "Enti Gestori"

- a partecipare regolarmente alle sedute del "Tavolo Permanente Enti Gestori" in forma plenaria e alle sue articolazioni interne;
- ad assumere la funzione di referente nei confronti di tutti i titolari delle strutture residenziali e semiresidenziali per la specifica categoria di destinatari e specifica area in cui è stato

Giunta regionale

individuato, e quindi a relazionare periodicamente gli esiti dei lavori del Tavolo, dandone evidenza alla Regione Marche;

- ad acquisire l'accreditamento entro i termini di legge, pena la decadenza della rappresentatività al Tavolo (obbligatoriamente per i titolari di strutture sanitarie e sociosanitarie)

Data _____ Firma * _____

Allego alla presente candidatura:

- * Documento di identità del firmatario in corso di validità, in caso di firma autografa (da allegare solo se non abilitati a firmare digitalmente);
- copia delle Autorizzazioni all'esercizio dichiarate nel modulo di richiesta candidatura;
- copia delle convenzioni, per la sola categoria Anziani e le aree afferenti alle Demenze, dichiarate nel modulo di richiesta candidatura.

INFORMATIVA PRIVACY: i dati raccolti saranno trattati come indicato dal paragrafo §.11 dell'Avviso.