



“MODELLO DI DOMANDA” (Allegato A)

**Al Comune di Ortona**  
**Ente Capofila dell'ADS n. 10 “Ortonese”**  
**Via Cavour, 24**  
**66026 Ortona (CH)**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA COSTITUZIONE DI UN CATALOGO DI SOGGETTI EROGATORI DI SERVIZI DI CURA ED ASSISTENZA MEDIANTE L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER. “PROGETTO RE.T.I.S.S. - Rete Territoriale Innovativa per i Servizi Sociali”. CUP: C71H18000040006 - ABRUZZO CAREFAMILY – PIANO OPERATIVO 2017-2019 - INTERVENTO N. 23.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Viale/Corso/Piazza  
\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_,

in qualità di: *(selezionare il campo di interesse)*

Titolare/Legale rappresentante

Procuratore *(allegare procura)*

Libero professionista

dell'Operatore \_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via/Viale/Corso/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di partecipare all'Avviso pubblico citato in oggetto e di essere inserito/a nel Catalogo dei Soggetti Erogatori di servizi di del progetto “Re.T.I.S.S. - Rete Territoriale Innovativa per i Servizi Sociali”. CUP: C71H18000040006 - ABRUZZO CAREFAMILY. Piano Operativo 2017-2019 - Intervento n. 23.

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

### **DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art. 80 D. Lgs. n. 50/2016 ss.mm.ii.;



di essere in possesso dei requisiti di ordine speciale di cui all'art. 83, comma 1, lettera a) D. Lgs. n. 50/2016 ss.mm.ii.).

**Di avere la seguente natura giuridica:**

- Cooperativa Sociale;
- Organizzazione di Volontariato;
- Associazione di Promozione Sociale;
- Associazione Sportiva Dilettantistica;
- Organizzazione senza scopo di lucro con esperienza almeno triennale nelle attività e nei servizi attinenti a quelli oggetto della presente procedura;
- Ente privato o pubblico avente, nel proprio oggetto sociale, attività e servizi attinenti a quelli oggetto della presente procedura;
- Libero professionista.

**Di possedere:**

- una sede operativa nel territorio degli Ambiti Territoriali Sociali n. 10 "Ortonese o n. 12 "Sangro-Aventino";
- l'iscrizione alla CCIAA (*allegare*);
- l'Atto costitutivo (*allegare*);
- lo Statuto (*allegare*);
- l'iscrizione negli appositi Albi/Registri della Regione Abruzzo e del CONI in conformità con la natura giuridica dei soggetti richiedenti e con la normativa statale e regionale vigente (*allegare*);
- esperienza documentata nei servizi di cui al Catalogo (*allegare curriculum*).

**Di operare nei seguenti servizi:**

- servizi di *Caregiver* con personale qualificato (es. operatore sociosanitario, assistente familiare, operatore per l'assistenza di base, ecc.);
- servizi di supporto psicologico, sociale, educativo domiciliare;
- servizi di Assistenza Domiciliare integrata (ADI) di tipo sociale con esclusione delle prestazioni di tipo sanitario;
- servizi di assistenza scolastica per studenti con disabilità;
- rette e servizi a pagamento per attività extrascolastiche, di doposcuola, centri ludico-ricreativi, centri estivi, centri diurni;
- altre attività assimilabili alle precedenti (*specificare*) \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità legate alla gestione della presente procedura secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



*(Luogo e data )*

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**  
*(Timbro e firma)*

---

*Si allega documento di identità in corso di validità*