



**All.A Mod. Manifestazione di Interesse EMISSIONE
VOUCHER**

**Oggetto: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI
PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER .**

Il/la sottoscritto/a

nato a _____ Prov (___) il

C.F. _____ in qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore denominato

con sede legale nel Comune di _____ prov (

_____) e/o

come singolo professionista con sede presso lo studio _____

via_n _____ CAP _____

C.F. _____ P. IVA _____

tel. _____ e-mail _____ PEC

**MANIFESTA la propria disponibilità e interesse per
l'anno 2021**

**RIFERITO ALL'AVVISO DEL COMUNE DI LADISPOLI, AVENTE OGGETTO,
L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE MEDIANTE VOUCHER**

A tal proposito, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

• di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- Iscrizione all'albo da almeno 5 anni;
- Esperienza professionale di almeno 5 anni negli ambiti richiesti dall'Avviso;
- Aggiornamento continuo nella materia di competenza del tecnico;
- Conoscenza nella materia del trattamento dei dati DGPR18;
- Essere in possesso di Partita Iva;
- Essere in possesso del sistema per la fatturazione elettronica richiesta nelle collaborazioni con la Pubblica Amministrazione;
- Essere in grado di fornire voucher per la propria impresa da spendere entro la fine delle ore pattuite in osservanza del mandato di incarico;
- Essere in regola con i protocolli Covid-19;

per l'attività di

• di essere disponibile a:

- assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza sull'intero territorio di competenza del Comune di Ladispoli ;
- elaborare, un Progetto dove vengano descritti: gli obiettivi, la durata, le figure professionali previste, la frequenza e la durata degli accessi, i luoghi delle attività e gli indicatori di risultato, che verrà successivamente trasmesso all'Ufficio Servizi Sociali su richiesta dell'Assistente Sociale di riferimento;
- erogare gli interventi esclusivamente alla tipologia di utenza per la quale esprime manifestazione di interesse: i minori, minori con difficoltà socio-sanitarie, genitorialità fragile;
- ad accogliere l'utenza presso la propria sede;

- a realizzare gli interventi anche al domicilio dell'interessato, in caso di Utenti minori impossibilitati a spostarsi (in particolare per eventuali prestazioni infermieristiche, di educativa e tutoraggio).
- A presentare la rendicontazione del lavoro svolto su richiesta dell'amministrazione ;

Il Soggetto Gestore, utilizzando la propria Struttura, dovrà garantire che la presenza degli ospiti, non superi la capacità ricettiva autorizzata.

DICHIARA INOLTRE :

- di aver preso atto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Socio-sanitari

Allegati:

- copia del documento di identità del Legale Rappresentante e/o del singolo tecnico in corso di validità

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante

In conformità alle disposizioni nazionali e comunitarie in materia di protezione dei dati personali si autorizza la competente amministrazione all'utilizzo e al trattamento dei dati riportati nella presente per tutte le procedure connesse alle finalità della manifestazione di interesse, di cui alla DGR n. XI/4138 del 21/12/2020.

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante