REGISTRO SOGGETTI GESTORI SERVIZI

PIANO SOCIALE DI ZONA
CERVETERI LADISPOLI

TYRRHENI AD LITORA REGIS

CERVETERI

Mod.A – Associazioni di volontariato

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEI SOGGETTI PORTATORI DI INTERESSI DIFFUSI E ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO (Art n. 35 del Regolamento di iscrizione al RUA approvata con deliberazioni di consiglio comunale: Comune di Cerveteri n.42 del 09/12/2014 – Comune di Ladispoli n.58 del 17/12/2014)

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Risorgimento n.1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Associazione .....

.....

C.F.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....N.....

C.A.P. .....Tel.....

Con sede operativa in .....Via/p.zza.....N.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

L'iscrizione al R.U.A. ai sensi dell'Art n. 35 del Regolamento Distrettuale di Accreditamento

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale di accreditamento come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;
- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* - (aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Che l'Organismo è iscritto a:

☐ Albo..... - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio; (specificare con il/i n.) .....

- Che il servizio per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto dell'Organizzazione.
- Che l'Organizzazione è in possesso di documentata e verificabile esperienza realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento.
- Di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante dell'Organizzazione che firma la presente richiesta di accreditamento.

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra esposto corrisponde a verità.

Luogo e data, ... **IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ... **IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

ALL. A

COMUNE DI CERVETERI

Città metropolitana Roma capitale
2^ Area Affari Sociali
Servizi Sociali
Parco della Leganara - 00052 Cerveteri - Tel: 06 89630226 - 06 89630209

MODULO A

ISCRIZIONE RUA SOGGETTI PORTATORI DI INTERESSI DIFFUSI E ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

1. **ARCI comitato Civitavecchia** sede legale Via Fusco snc sede operativa Piazza Piccinato, 10 00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail civitavecchia@arci.it
2. **Croce Rossa Italiana Comitato locale Santa Severa Santa Marinella** via A. Zara snc 00058 Santa Severa – tel 0766-571733 e-mail cl.santasevera@cri.it
3. **Associazione Formazione e Talento** via Genova, 16 00055 Ladispoli tel. 3206932280 e-mail formazionetalento@gmail.com
4. ASS. M.IN.D VIA NISO 24 00161 ROMA info@associazionemind.it
5. ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE PEOPLE TAKE CARE
6. GEA SOC. COOP. DI VOLONTARIATO (2021)
7. COMITATO LEGALITÀ E ANTICORRUZIONE ODV (2021)

Mod.1 – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEGLI ORGANISMI OPERANTI NEI SERVIZI GESTIONALI FINALIZZATI AL MANTENIMENTO DELL'AUTONOMIA PERSONALE NEL CONTESTO DOMESTICO E AL SOLLIEVO DEL NUCLEO FAMILIARE DI APPARTENENZA (Art. 13 del Regolamento di Accreditamento)

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Risorgimento n.1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Coop./Ente/Associazione etc.) .....

.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

Partita I.V.A.....C.F.....

Matricola azienda I.N.P.S.....Sede di competenza.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

l'Accreditamento del/la (Coop./ Consorzio/etc.), al Modulo gestionale:

SERVIZI GESTIONALI FINALIZZATI AL MANTENIMENTO DELL'AUTONOMIA PERSONALE NEL CONTESTO DOMESTICO E AL SOLLIEVO DEL NUCLEO FAMILIARE DI APPARTENENZA (Art. 13 del Regolamento di Accreditamento)

TIPOLOGIA SERVIZI E PROGETTI	Barrare con x
- Assistenza domiciliare SAISD	
- Assistenza domiciliare SAISA	
- Star bene a casa	
- Disabilità grave	
- Fondo N.A.S .(Non Auto Sufficienza - Legge Regionale n.20/2006)	
- altro	

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;
- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* -(aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge n.68/99, art. 38, che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- Che la Coop./ Consorzio/etc., è iscritta a:

☐ Albo - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio (specificare con il/i n.) .....

- Che il/i servizio/i per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto del/la (Coop./ Consorzio/etc.).
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), soddisfa i criteri di selezione definiti a norma dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016;
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), è in possesso di documentata e verificabile esperienza, almeno triennale (36 mesi di attività), realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento, oppure documentata e verificabile esperienza curriculare dei singoli soci (minimo 5 unità) per almeno 60 mesi di attività lavorativa professionale nell'ambito del medesimo servizio per il quale si richiede l'accreditamento.

DICHIARA INOLTRE

a) che la propria sede operativa è sita nel Comune di ..... e precisamente in via....., n..... cap.....

b) di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.6.2003, n. 196;

c) di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia dell'ultimo certificato di revisione, ai sensi della normativa sulla revisione delle Società Cooperative e loro Consorzi (Decreto Ministro Attività Produttive del 06/12/2004);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della/del (Coop./ Consorzio/etc.) che firma la presente richiesta di accreditamento.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ...

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

MOD. 1 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

1. **Coop. Sociale Integrata Civitabella ONLUS a.r.l.** P.zza L. Piccinnato, 10 -00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail cooperativasocialecivitabella@gmail.com
   (con esclusione dell'assistenza domiciliare SAISA, Star bene a casa, Disabilità Grave)

2. **La Goletta Coop. Sociale** Via Delle Petunie,1- 00055 Ladispoli tel. 06.99222684 e-mail la.goletta1996@libero.it

3. **Coop. Sociale Casa Comune 2000** Via Milano, 17-00055 Ladispoli tel. 06/99226357 e-mail segreteria@casacomune2000.eu

4. **Solidarietà Società Cooperativa Sociale** Via del Mare, 8/E-00055 Ladispoli e-mail girasolidarieta@gmail.com

5. **Cassiava5Soc. Coop. Soc. ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it

6. **Consorzio di Coop. Cassiavass - Coop. Sociale** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it;

7. **IGEA Società Coop. Sociale ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma Tel. 06.3031709 e-mail s.floridi@cassiavass.it
   (con esclusione assistenza domiciliare SAISD e Disabilità Grave);

8. **L'Arcobaleno Soc. Coop.** Via Don Luigi Serafini, 2 01019 Vetralla Tel.0761.477817 e-mail coop.arcobaleno.v@libero.it

9. **Progetto Colonna Coop. Soc.** Via di Torre Morena, 76 00118 Roma tel. 06.87774812 e-mail info@progettocolonna.com
   (con esclusione di Star bene a casa)

10. **Società cooperativa Sociale Girotondo Onlus** Via San Biagio,6 00049 Velletri Tel.06 9640993 email direzione@girotondoonlus.com

11. Coop SO. ALICE strada Vicinale Santicagatti 7 01016 Tarquinia

12. SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS ARTWARE SERVICES

Mod.2 - SAISD/Centro diurno disabili

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEGLI ORGANISMI OPERANTI NELLE AREE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA'

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Risorgimento n. 1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Coop./Ente/Associazione etc.) .....

.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

Partita I.V.A.....C.F.....

Matricola azienda I.N.P.S.....Sede di competenza.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

l'Accreditamento del/la (Coop./ Consorzio/etc.), al Modulo gestionale:

SAISD/Centro diurno disabili – Modulo gestionale dei centri diurni per disabili di vario grado e per anziani fragili, finalizzati all'accoglienza, al mantenimento dell'autonomia personale e al sollievo del contesto familiare. **"Progetto Centro diurno disabili Distrettuale"**

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;

- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* - (aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge n.68/99, art. 38, che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- Che la Coop./ Consorzio/etc., è iscritta a:

☐ Albo - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio (specificare con il/i n.) .....

- Che il servizio per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto del/la (Coop./ Consorzio/etc.).
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), soddisfa i criteri di selezione definiti a norma dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016;
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), è in possesso di documentata e verificabile esperienza, almeno triennale (36 mesi di attività), realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento, oppure documentata e verificabile esperienza curriculare dei singoli soci (minimo 5 unità) per almeno 60 mesi di attività lavorativa professionale nell'ambito del medesimo servizio per il quale si richiede l'accreditamento. Si precisa che in caso di affidamento di Servizi l'organismo di cui sopra dovrà impegnarsi, in caso di aggiudicazione del servizio, ad impegnare le professionalità indicate nella domanda di accreditamento.

DICHIARA INOLTRE

a) che la propria sede operativa è sita nel Comune di ..... e precisamente in via....., n..... cap.....
b) di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.6.2003, n. 196;
c) di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia dell'ultimo certificato di revisione, ai sensi della normativa sulla revisione delle Società Cooperative e loro Consorzi (Decreto Ministro Attività Produttive del 06/12/2004);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della/del (Coop./ Consorzio/etc.) che firma la presente richiesta di accreditamento.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ... **IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

MOD. 2 SAISD/ CENTRO DIURNO DISABILE ORGANISMI OPERANTI NELLE AREE DELLA NON AUTOSUFFICENZA E DISABILITA'

1. **Coop. Sociale Integrata Civitabella ONLUS a.r.l.** P.zza L. Piccinnato, 10 -00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail cooperativasocialecivitabella@gmail.com

2. **Solidarietà Società Cooperativa Sociale** Via del Mare, 8/E-00055 Ladispoli e-mail girasolidarieta@gmail.com

3. **Cassiavas Soc. Coop. Soc. ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it

4. **Coop. Sociale Casa Comune 2000**Via Milano, 17-00055 Ladispoli tel. 06/99226357 e-mail segreteria@casacomune2000.eu

5. **Consorzio di Coop. Cassiavass- Coop. Sociale** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it;

6. **Progetto Colonna Coop. Soc.** Via di Torre Morena, 76 00118 Roma tel. 06.87774812 e-mail info@progettocolonna.com

7. COOPERATIVA SOCIALE LA GOLETTA VIA delle PETUNIE 1 cooperativasocialelagoletta@pec.buffetti.it

8. Coop Soc. ALICE Strada Vicinale scorticagatti 73,75 01016 Tarquinia

9. ARTWARE SERVICES

10. PROGETTO '96 COOPERATIVA SOCIALE (2021)

11. TUTTI GIÙ PER TERRA ONLUS (2021)

12. MIRJAC ONLUS (2021)

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEGLI ORGANISMI OPERANTI NEL SAISD (Art. 13 del Regolamento di Accreditamento)

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Aldo Moro n.1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Coop./Ente/Associazione etc.) .....

.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

Partita I.V.A.....C.F.....

Matricola azienda I.N.P.S.....Sede di competenza.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

l'Accreditamento del/la (Coop./ Consorzio/etc.), al Modulo gestionale:

SERVIZI GESTIONALI FINALIZZATI AL MANTENIMENTO DELL'AUTONOMIA PERSONALE NEL CONTESTO DOMESTICO E AL SOLLIEVO DEL NUCLEO FAMILIARE DI APPARTENENZA (Art. 13 del Regolamento di Accreditamento)

TIPOLOGIA SERVIZI E PROGETTI	Barrare con x
- SAISD/laboratori per l'autonomia – Attività laboratori ali per l'Area delle autonomie personali e sociali (es. attività estive).	
- SAISD/laboratori per espressività ed emozioni – Attività laboratori ali per l'Area espressiva, creativa ed emozionale.	
- SAISD/integrazione sociale in ambito produttivo – Integrazione produttiva per la disabilità non assimilabili ad attività lavorativa.	
- SAISD/sostegno alle famiglie – Modulo gestionale di sostegno psicologico e sociale e potenziamento delle risorse delle famiglie con disabili.	
- altro	

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;
- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* -(aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge n.68/99, art. 38, che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- Che la Coop./ Consorzio/etc., è iscritta a:

☐ Albo - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio (specificare con il/i n.) .....

- Che il/i servizio/i per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto del/la (Coop./ Consorzio/etc.).
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), soddisfa i criteri di selezione definiti a norma dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016;
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), è in possesso di documentata e verificabile esperienza, almeno triennale (36 mesi di attività), realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento, oppure documentata e verificabile esperienza curriculare dei singoli soci (minimo 5 unità) per almeno 60 mesi di attività lavorativa professionale nell'ambito del medesimo servizio per il quale si richiede l'accreditamento.

DICHIARA INOLTRE

a) che la propria sede operativa è sita nel Comune di ..... e precisamente in via....., n..... cap.....
b) di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.6.2003, n. 196;
c) di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia dell'ultimo certificato di revisione, ai sensi della normativa sulla revisione delle Società Cooperative e loro Consorzi (Decreto Ministro Attività Produttive del 06/12/2004);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della/del (Coop./ Consorzio/etc.) che firma la presente richiesta di accreditamento.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ...

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

COMUNE DI CERVETERI

Città metropolitana Roma capitale
2^ Area Affari Sociali
Servizi Sociali
Parco della Leganara – 00052 Cerveteri – Tel: 06 89630226 – 06 89630209

MOD. 3-4-5-6 SAISD ORGANISMI OPERANTI NELLE AREE DELLA NON AUTOSUFFICENZA E DISABILITA'

1. **Coop. Sociale Integrata Civitabella ONLUS** a.r.l. P.zza L. Piccinnato, 10 -00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail cooperativasocialecivitabella@gmail.com
   (con esclusione del modulo gestionale di sostegno psicologico e sociale....)

2. **Consorzio di Coop. Cassiavass- Coop. Sociale** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it;

3. **Progetto Colonna Coop. Soc.** Via di Torre Morena, 76 00118 Roma tel. 06.87774812 e-mail info@progettocolonna.com
   (con esclusione del modulo gestionale integrazione sociale in ambito produttivo.....)

4. **Cassiavas Soc. Coop. Soc. ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it

5. **IGEA Società Coop. Sociale ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma Tel. 06.3031709 email s.floridi@cassiavass.it
   (con esclusione SAISD Laboratori per l'autonomia; SAISD Laboratori per l'espressività ed emozioni...; SAISD integrazione sociale in ambito produttivo)

6. **Solidarietà Società Cooperativa Sociale** Via del Mare, 8/E-00055 Ladispoli e-mail girasolidarieta@gmail.com

7. **Coop. Sociale La Goletta** Via Delle Petunie,1- 00055 Ladispoli tel. 06.99222684 e-mail la.goletta1996@libero.it
   (con esclusione del modulo gestionale integrazione sociale in ambito produttivo.....)

8. **Coop. Sociale Casa Comune 2000** Via Milano, 17-00055 Ladispoli tel. 06/99226357 e-mail segreteria@casacomune2000.eu

9. **Società cooperativa Sociale Girotondo Onlus** Via San Biagio,6 00049 Velletri Tel.06 9640993 e-mail direzione@girotondoonlus.com

10 COO SOC. ALICE VIA Strade Vicinali Santa Gelati 73-75 00016 Tor Lupara

11 ARTWARE SERVICES

12. PROGETTO 36 COOP. SOCIALE (2021)

13. TUTTI GIÙ PER TERRA ONLUS (2021)

14. MIRJAC ONLUS (2021)

Mod.7 - SAISD/età evolutiva - AEC

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEGLI ORGANISMI OPERANTI NELLE AREE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA'

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Risorgimento n.1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Coop./Ente/Associazione etc.) .....

.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

Partita I.V.A.....C.F.....

Matricola azienda I.N.P.S.....Sede di competenza.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

l'Accreditamento del/la (Coop./ Consorzio/etc.), al Modulo gestionale:

SAISD/età evolutiva – Modulo gestionale relativo all'età evolutiva, comprensiva dell'AEC nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie del territorio distrettuale. **"Progetto AEC"**

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;

- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* - (aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge n.68/99, art. 38, che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- Che la Coop./ Consorzio/etc., è iscritta a:

☐ Albo - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio (specificare con il/i n.) .....

- Che il servizio per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto del/la (Coop./ Consorzio/etc.).
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), soddisfa i criteri di selezione definiti a norma dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016;
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), è in possesso di documentata e verificabile esperienza, almeno triennale (36 mesi di attività), realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento, oppure documentata e verificabile esperienza curriculare dei singoli soci (minimo 5 unità) per almeno 60 mesi di attività lavorativa professionale nell'ambito del medesimo servizio per il quale si richiede l'accreditamento. Si precisa che in caso di affidamento di Servizi l'organismo di cui sopra dovrà impegnarsi, in caso di aggiudicazione del servizio, ad impegnare le professionalità indicate nella domanda di accreditamento.

DICHIARA INOLTRE

a) che la propria sede operativa è sita nel Comune di ..... e precisamente in via....., n..... cap.....
b) di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.6.2003, n. 196;
c) di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia dell'ultimo certificato di revisione, ai sensi della normativa sulla revisione delle Società Cooperative e loro Consorzi (Decreto Ministro Attività Produttive del 06/12/2004);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della/del (Coop./ Consorzio/etc.) che firma la presente richiesta di accreditamento.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ... **IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

COMUNEDICERVETERI

Città metropolitana Roma capitale
2^ Area Affari Sociali
Servizi Sociali
Parco della Leganara - 00052 Cerveteri - Tel: 06 89630226 - 06 89630209

MOD. 7 SAISD/età evolutiva - AEC ORGANISMI OPERANTI NELLE AREE DELLA NON AUTOSUFFICENZA E DISABILITA'

1. **Coop. Sociale Integrata Civitabella ONLUS** a.r.l. P.zza L. Piccinnato, 10 -00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail cooperativasocialecivitabella@gmail.com
2. **Coop. Sociale La Goletta** Via Delle Petunie,1- 00055 Ladispoli tel. 06.99222684 e-mail la.goletta1996@libero.it
3. **L'Arcobaleno Soc. Coop.** Via Don Luigi Serafini, 2 01019 VetrallaTel.0761.477817 e-mail coop.arcobaleno.v@libero.it
4. **Consorzio di Coop. Cassiavass- Coop. Sociale** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it
5. **Cassiavas Soc. Coop. Soc. ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it
6. **Progetto Colonna Coop. Soc.** Via di Torre Morena, 76 00118 Roma tel. 06.87774812 e-mail info@progettocolonna.com
7. **Solidarietà Società Cooperativa Sociale** Via del Mare, 8/E-00055 Ladispoli e-mail girasolidarieta@gmail.com
8. **Coop. Sociale Casa Comune 2000** Via Milano, 17-00055 Ladispoli tel. 06/99226357 e-mail segreteria@casacomune2000.eu
9. **Società cooperativa Sociale Girotondo Onlus** Via San Biagio,6 00049 Velletri Tel.06 9640993 e-mail direzione@girotondoonlus.com

10 Soc. Coop ALICE Strada Vicinale di Scorticagatti 73-75 0.1016 Tarquinia

Mod. 8 – SERVIZI PER L'AREA MINORI E FAMIGLIE

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEGLI ORGANISMI OPERANTI NEI SERVIZI PER L'AREA MINORI E FAMIGLIE (Art. 29 del Regolamento di Accreditamento)

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Risorgimento n.1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Coop./Ente/Associazione etc.) .....

.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

Partita I.V.A.....C.F.....

Matricola azienda I.N.P.S.....Sede di competenza.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

l'Accreditamento del/la (Coop./ Consorzio/etc.), al Modulo gestionale:

Servizi per l'area minori e famiglie (art.29)

TIPOLOGIA SERVIZI E PROGETTI	**Barrare con X**
- accoglienza, orientamento e consulenza psico sociale (**esempio Equipe multi professionale**)	
- tutela delle relazioni familiari (mediazione, sostegno alla genitorialità, mediazione culturale, "istituzione spazio neutro", incontri protetti, consulenza giuridica – **es. Family help**)	
- polo affidi;	
- prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori **(es. Sportello prevenzione violenza sulle donne)**	
- assistenza domiciliare educativa - educativa territoriale	
- case famiglia e gruppi alloggio	
- soggiorni estivi residenziali e diurni	
- altro	

.....	

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;
- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* -(aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge n.68/99, art. 38, che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- Che la Coop./ Consorzio/etc., è iscritta a:

☐ Albo - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio (specificare con il/i n.) .....

- Che il/i servizio/i per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto del/la (Coop./ Consorzio/etc.).
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), soddisfa i criteri di selezione definiti a norma dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016;
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), è in possesso di documentata e verificabile esperienza, almeno triennale (36 mesi di attività), realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento, oppure documentata e verificabile esperienza curriculare dei singoli soci (minimo 5 unità) per almeno 60 mesi di attività lavorativa professionale nell'ambito del medesimo servizio per il quale si richiede l'accreditamento.

DICHIARA INOLTRE

a) che la propria sede operativa è sita nel Comune di ..... e precisamente in via....., n..... cap.....

b) di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.6.2003, n. 196;

c) di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia dell'ultimo certificato di revisione, ai sensi della normativa sulla revisione delle Società Cooperative e loro Consorzi (Decreto Ministro Attività Produttive del 06/12/2004);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della/del (Coop./ Consorzio/etc.) che firma la presente richiesta di accreditamento.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ...

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

MOD. 8 – SERVIZI PER L'AREA MINORI E FAMIGLIE ORGANISMI OPERANTI NELLE AREA MINORI E FAMIGLIA

1. **Coop. Sociale Casa Comune 2000** Via Milano, 17-00055 Ladispoli tel. 06/99226357 e-mail segreteria@casacomune2000.eu
   (con esclusione di tutela delle relazioni familiari polo affido e prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori)

2. **Coop. Sociale Integrata Civitabella ONLUS** a.r.l. P.zza L. Piccinnato, 10 -00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail cooperativasocialecivitabella@gmail.com
   (con esclusione di tutela delle relazioni familiari, polo affido e prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori, assistenza domiciliare educativa – educativa territoriale, casa famiglia e gruppi alloggio)

3. **Consorzio di Coop. Cassiavass- Coop. Sociale** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it
   (con esclusione polo affido)

4. **Karibù Società Cooperativa Sociale ONLUS** Via Lazio, 65 – 00055 Ladsipoli tel. 06/97242371 e-mail mtoja73@libero.it
   (con esclusione polo affido)

5. **Cassiavas Soc. Coop. Soc. ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it
   (con esclusione di polo affido e prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori)

6. **L'Arcobaleno Soc. Coop.** Via Don Luigi Serafini, 2 01019 Vetralla Tel.0761.477817 e-mail coop.arcobaleno.v@libero.it
   (con esclusione accoglienza, orientamento e consulenza psico-sociale -equipe multiprofessionale- tutela delle relazioni familiari, polo affido e prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori, case famiglie e gruppi alloggi)

7. **Eureka 1 Cooperativa Sociale** Viale di Valle Aurelia, 105 – 00167 Roma tel. 06/6290219 e-mail eureka@eurekaprima.net
   (con esclusione accoglienza, orientamento e consulenza psico-sociale -equipe multiprofessionale- tutela delle relazioni familiari, polo affido e prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori, case famiglie e gruppi alloggi)

8. **Coop. Sociale La Goletta** Via Delle Petunie,1- 00055 Ladispoli tel. 06.99222684 e-mail la.goletta1996@libero.it
   (con esclusione della prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori)

9. **Progetto Colonna Coop. Soc.** Via di Torre Morena, 76 00118 Roma tel. 06.87774812 e-mail info@progettocolonna.com
   (con esclusione accoglienza, orientamento e consulenza psico-sociale -equipe multiprofessionale-, prevenzione abusi e maltrattamenti donne e minori, polo affido, case famiglia e gruppi alloggio)

Mod. 9 – SERVIZI PER L'AREA ADULTI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' SOCIALE E SANITARIA

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO UNICO DI ACCREDITAMENTO (R.U.A.) DEGLI ORGANISMI OPERANTI NEI SERVIZI PER L'AREA ADULTI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' SOCIALE E SANITARIA (Art. 30 del Regolamento di Accreditamento)

Spett. Comune di Cerveteri
Piazza Risorgimento n.1
00052 Cerveteri

Il/la sottoscritt.....

nat... a..... il .....

Residente a..... Via .....

Nella sua qualità di Legale Rappresentante della Coop./Ente/Associazione etc.) .....

.....

Con sede legale in .....Via/p.zza.....

C.A.P. .....Tel.....

Indirizzo di posta elettronica.....

P.E.C.....

Partita I.V.A.....C.F.....

Matricola azienda I.N.P.S.....Sede di competenza.....

I.N.A.I.L (codice azienda) .....Sede di competenza.....

PAT (Posizione Assicurativa Territoriale) INAIL.....

Codice attività.....

Visto il bando per l'accreditamento per il triennio 2016-2017

CHIEDE

l'Accreditamento del/la (Coop./ Consorzio/etc.), al Modulo gestionale:

Servizi per l'area adulti in condizioni di fragilita' sociale e sanitaria (art.30)

TIPOLOGIA SERVIZI E PROGETTI	Barrare con x
- sportelli di ascolto, attività di "strada", laboratori scolastici per l'informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle dipendenze	
- progetti per l'integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT	
- sportelli di ascolto, corsi di italiano, accoglienza minori e famiglie delle persone straniere e nomadi e delle persone che versano in condizioni di grave marginalità sociale, per favorirne l'integrazione sociale	
- gli interventi rivolti alle persone con gravi fragilità) sanitarie **(es. Attivamente)**	
- case famiglia per anziani etc.	
- altro	

A tale fine sotto la propria responsabilità, il/la sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera prevista dall'art. 75 dello stesso DPR 445/2000

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare il Regolamento Distrettuale come da copia sottoscritta che si allega alla presente domanda;
- Di non trovarsi nelle condizioni di cui all'Art. 80 del D.Lgs n.50/2016 - *Motivi di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione* -(aggiornamento art. 5 comma 1 del Regolamento Distrettuale);
- Di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla Legge n.68/99, art. 38, che disciplina il diritto al lavoro dei disabili;
- Che la Coop./ Consorzio/etc., è iscritta a:

☐ Albo - ☐ Registri Regionali - ☐ C.C.I.A.A. - ☐ Tribunale - ☐ Registro Prefettizio (specificare con il/i n.) .....

- Che il/i servizio/i per il quale si richiede l'accreditamento rientra nello scopo sociale dello statuto del/la (Coop./ Consorzio/etc.).
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), soddisfa i criteri di selezione definiti a norma dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016;
- Che la/il (Coop./ Consorzio/etc.), è in possesso di documentata e verificabile esperienza, almeno triennale (36 mesi di attività), realizzata nell'arco dei 6 anni precedenti alla data dell'istanza di accreditamento dell'organismo, maturata nell'ambito degli interventi del servizio per il quale si richiede l'accreditamento, oppure documentata e verificabile esperienza curriculare dei singoli soci (minimo 5 unità) per almeno 60 mesi di attività lavorativa professionale nell'ambito del medesimo servizio per il quale si richiede l'accreditamento. Si precisa che in caso di affidamento di Servizi l'organismo di cui sopra dovrà impegnarsi, in caso di aggiudicazione del servizio, ad impegnare le professionalità indicate nella domanda di accreditamento.

DICHIARA INOLTRE

a) che la propria sede operativa è sita nel Comune di ..... e precisamente in via....., n..... cap.....

b) di garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti il servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.6.2003, n. 196;

c) di essere a conoscenza che, ai sensi del Decr. Legisl.vo n. 196/2003 e s.m.i., i propri dati, anche personali, verranno trattati per le esclusive esigenze procedurali;

SI IMPEGNA

- A comunicare, al Comune di Cerveteri, quale Comune Capofila del Distretto già RM F/2, ogni variazione dei requisiti di accreditamento;
- A presentare, su richiesta della Commissione Tecnica di Valutazione, tutta la documentazione ritenuta necessaria per comprovare le dichiarazione sopra rese.

ALLEGA

- Atto costitutivo e statuto aggiornato dell'Organismo, regolarmente registrati;
- Copia della iscrizione agli Albi Nazionali o Regionali, ove previsti;
- Copia dell'ultimo certificato di revisione, ai sensi della normativa sulla revisione delle Società Cooperative e loro Consorzi (Decreto Ministro Attività Produttive del 06/12/2004);
- Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante della/del (Coop./ Consorzio/etc.) che firma la presente richiesta di accreditamento.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo .....

Email.....

Luogo e data, ...

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

MOD. 9 – SERVIZI PER L'AREA ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'SOCIALE E SANITARIA - ORGANISMI OPERANTI NELLE AREA ADULTI IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'SOCIALE E SANITARIA

1. **Coop. Sociale Casa Comune 2000** Via Milano, 17-00055 Ladispoli tel. 06/99226357 e-mail segreteria@casacomune2000.eu

2. **Coop. Sociale Integrata Civitabella ONLUS** a.r.l. P.zza L. Piccinnato, 10 -00053 Civitavecchia tel. 0766-502362 e-mail cooperativasocialecivitabella@gmail.com
(con esclusione degli sportelli di ascolto, attività di strada, laboratori scolastici per l'informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle dipendenze; progetti per l'integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT; interventi rivolti alle persone con gravi fragilità sanitarie; case famiglia per anziani)

3. **Consorzio di Coop. Cassiavass- Coop. Sociale** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it
(con esclusione progetti per integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT; case famiglia per anziani)

4. **IGEA Società Coop. Sociale ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma Tel. 06.3031709 e-mail s.floridi@cassiavass.it
(con esclusione degli sportelli di ascolto,attività di strada, laboratori scolastici per *l'informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle dipendenze; progetti per l'integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT)*

5. **Cassiavas Soc. Coop. Soc. ONLUS** Via Nicola Tagliaferri, 29 00135 Roma tel. 06.3031709 e-mail uffice@cassiavass.it
(con esclusione di progetti per l'integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT; case famiglia per anziani)

6. **Cooperativa Sociale PIXI** Via Y. De Begnac, 31 00055 – Ladispoli tel. 06/972486 e-mail cooperativasocialepixi@gmail.com
(con esclusione degli interventi rivolti alle persone con gravi fragilità sanitarie e case famiglie per anziani)

7. **Solidarietà Società Cooperativa Sociale** Via del Mare, 8/E-00055 Ladispoli e-mail girasolidarieta@gmail.com
(con esclusione degli sportelli di ascolto,attività di strada, laboratori scolastici per l'informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle dipendenze; progetti per l'integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT; case famiglie per anziani)

8. **Progetto Colonna Coop. Soc.** Via di Torre Morena, 76 00118 Roma tel. 06.87774812 e-mail info@progettoccolonna.com
(con esclusione progetti per l'integrazione sociale delle persone che hanno svolto un programma riabilitativo con il SERT)

9 Coop Soc. ALICE Strada Vicinale di Scorticagetti 73/75 00016 Tangenziale

10 LA GOLETTA Via delle Pelune 1

11. ARTWARE SERVICES

12. PROGETTO '86 COOP. SOCIALE

13. SOCIETA' COOP. SOCIALE E DI LAVORO NOMENI SOC. COOP. (2021)

14 A.S.H.A. ACCOGLIENZA SOLIDARIETA' HUMANITAS E ASCOLTO APS (2021)