

## ALLEGATO A



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL  
MONTE AIRINO



SCAFATI

**AMBITO TERRITORIALE S01\_2**  
COMUNE CAPOFILIA SCAFATI

### Istanza di accreditamento

Al Coordinatore Ambito S01\_2

Via L. Da Vinci, snc

84012, Angri (SA)

PEC: [pianodizona.scafati@pec.it](mailto:pianodizona.scafati@pec.it)

**Oggetto:** richiesta di accreditamento per la erogazione di servizi di Telesoccorso

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

del/della \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Regionale n. 4/2014, l'accreditamento, per l'erogazione di servizi di **Telesoccorso** e la conseguente iscrizione all'Albo Ambito S01\_2 dei soggetti erogatori accreditati;

Si allega:

- ) copia conforme all'originale del provvedimento di accreditamento (in caso di soggetto già accreditato);
- ) autocertificazioni rese dal legale rappresentante del prestatore, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000, attestanti il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 7;
- ) autocertificazioni rese dal legale rappresentante del prestatore, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000, attestanti il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 9, comma 2 e 3:
  - ) relazione sulle modalità per la formalizzazione del contratto educativo/assistenziale con l'utente, prevedendo il coinvolgimento dei familiari/tutori;
  - ) relazione sulle procedure per la gestione informatizzata della documentazione;
  - ) piani di programmazione e modalità di controllo dei risultati, di cui viene previsto l'aggiornamento annuale, relativi a:
    - 1) obiettivi generali e specifici del servizio;
    - 2) azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale, attraverso il raccordo con altri servizi, strutture e agenzie del territorio;
    - 3) contatto con l'ambiente esterno e fruizione delle risorse del territorio da parte degli utenti;
    - 4) formazione del personale ed interventi per favorire l'inserimento del personale neoassunto e del personale volontario (affiancamento, tutoraggio ed altro);
    - 5) prevenzione del burnout, nel quale sono individuati i fattori di rischio e pianificate almeno le seguenti attività:
      - 5.1 riunioni organizzative degli operatori con periodicità almeno mensile;
      - 5.2 supervisione, con periodicità almeno semestrale, realizzata da personale di comprovata esperienza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro

## ALLEGATO B

Al Coordinatore Ambito S01\_2

Via L. Da Vinci, sn

84012, Angri (SA)

PEC: [pianodizona.scafati@pec.it](mailto:pianodizona.scafati@pec.it)

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

legale rappresentante della \_\_\_\_\_

Con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ . P. IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Con espresso riferimento al Soggetto che rappresenta

Ai fini della richiesta di accreditamento per servizi di Telesoccorso

### DICHIARA

1. di essere legale rappresentante del/la \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_ con sede legale in

\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

iscritta nel (*indicare se registro, albo, o altro*) \_\_\_\_\_

di (*specificare il luogo ove l'iscrizione è tenuta*) \_\_\_\_\_

con il numero (*specificare gli estremi di iscrizione*) \_\_\_\_\_;

2. che le persone che ricoprono cariche istituzionali all'interno dell'organizzazione (in conformità a quanto previsto dalla disciplina che regola la specifica natura giuridica del soggetto partecipante) sono le seguenti (*indicare nominativi e cariche ricoperte*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 
- 
3. che l'ente è iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_, (ovvero, se trattasi di soggetto di altro Stato membro non residente in Italia, indicare gli estremi dell'iscrizione in uno dei registri professionali o commerciali di cui all'allegato XI C del D.Lgs. n. 163/06);
  4. di avere il seguente numero di matricola INPS \_\_\_\_\_ con sede INPS di competenza di \_\_\_\_\_;
  5. di avere il seguente numero di posizione Assicurativa Territoriale (codice PAT - INAIL) \_\_\_\_\_ con sede di competenza di \_\_\_\_\_
  6. che l'Ufficio delle Entrate territorialmente competente per i controlli sulle dichiarazioni in materia di regolarità fiscale è \_\_\_\_\_
  7. il possesso delle autorizzazioni necessarie per lo svolgimento dell'attività oggetto d'affidamento;
  8. che non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di amministrazione controllata, di concordato preventivo e che non è in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
  9. che nei suoi confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della l. 27.12.1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31.12.1965, n. 575 e ss.mm.ii.;
  10. che nei suoi confronti non è stata emessa sentenza di condanna passata in giudicato oppure di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati che incidono sull'affidabilità morale e professionale;
  11. che non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della l. 19.03.1990, n. 55 e ss.mm.ii.;
  12. che non ha commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, contenuto nel D. Lgs. 81/08;
  13. che nell'esercizio della propria attività professionale non ha commesso grave negligenza, malafede o errore grave, accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto dall'Ente richiedente e di non aver alcuna lite pendente con lo stesso;
  14. che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, c. 2 lett. a) e c), del D.Lgs n. 231/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
  15. che non sussistono nei confronti dell'organizzazione, nei propri confronti e nei confronti dell'organo amministrativo cause ostative ai sensi dell'art. 67 della L. n. 159/2011;

16. che è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori secondo la legislazione vigente;
17. che è in regola con gli obblighi fiscali relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione vigente;
18. che è in regola con gli obblighi in materia di sicurezza secondo la legislazione vigente;
19. che nell'anno antecedente a quello attuale non ha reso false dichiarazioni in merito ai requisiti e alle condizioni rilevanti per la partecipazione alle procedure di gara;
20. che ha ottemperato alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ex legge n. 68/1999 (o legge equivalente per le imprese di altro Stato U.E.), oppure la ditta non è soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/1999 (*cancellare la voce che non interessa*);
21. l'impegno, nell'esecuzione del servizio, ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro contenute nel D. Lgs. 81/2008;
22. di impegnarsi ad utilizzare, in caso di accreditamento, così come disposto dall'art. 3 della L. 13/08/2010 n.136, uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste italiane spa, dedicati alle commesse pubbliche, e a darne comunicazione alla stazione accreditante, fornendo gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

firma leggibile e per esteso e timbro

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e trasmessa unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**ALLEGATO C**

Spett.le  
Ambito Territoriale S01\_2  
Comune di Scafati Capofila  
Via L. Da Vinci snc  
84012 Angri Sa

**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011)**  
**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio**  
(artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (che si allega in copia)  
in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_  
codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_ avente la  
sede in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

## **D I C H I A R A**

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni

Data

Firma

---

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

## ALLEGATO D

### Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi

Spett.le  
Ambito Territoriale S01\_2  
Comune di Scafati Capofila  
Via L. Da Vinci snc  
84012 Angri Sa

#### Dichiarazione sostitutiva di certificazione (D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

\_I\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della società \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

#### DICHIARA

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011:

1) di avere attualmente i seguenti familiari conviventi di maggiore età \*\*

(indicare, per ciascun familiare convivente, **NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE**):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2) e che, con riferimento all'ultimo triennio (barrare l'opzione corrispondente alla propria condizione):

- o la situazione familiare di cui al punto 1) non ha subito modificazioni
  
- o i familiari conviventi di maggiore età sono stati i seguenti (indicare, per ciascun familiare convivente, **NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE**):

---

---

---

---

---

---

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.: La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato Word.**

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria.**

(\*) La dichiarazione sostitutiva va redatta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011.

(\*\*) Per "**familiari conviventi**" si intendono "**chiunque conviva**" con i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011