

Allegato A



## REGIONE PUGLIA

Area Politiche per la promozione della Salute, delle Persone, delle Pari Opportunità  
 Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ISCRIZIONE NEL CATALOGO  
 DELL'OFFERTA DI SERVIZI DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO RIVOLTI ALLE  
 PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a .....  
 il .../.../..... C.F. .... residente a ..... CAP ..... via  
 .....  
 in qualità di legale rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente)  
 ..... con sede legale a  
 ..... CAP. .... via  
 ..... telefono..... fax ..... e-mail  
 ..... e con sede operativa a:..... Prov..... CAP  
 ..... via ..... n°..... telefono  
 ..... fax ..... posta elettronica certificata  
 .....@.....  
 P.IVA.....

**MANIFESTA L'INTERESSE<sup>1</sup>:**

alla iscrizione nel Catalogo dell'offerta di servizi di conciliazione vita-lavoro rivolti alle persone con diverse abilità e alle persone anziane non autosufficienti in Puglia del seguente servizio (indicare solo la struttura/servizio per cui si è in possesso di apposita autorizzazione al funzionamento):

- 1  Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per persone con disabilità (art. 60)
- 2  Centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale a persone affette da demenza (art. 60ter)
- 3  Centro diurno per persone anziane (art. 68)
- 4  Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI - art. 88)
- 5  Servizi per l'integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili (art. 92)
- 6  Centro sociale polivalente per persone con disabilità (art. 105)
- 7  Centro sociale polivalente per persone anziane (art. 106)

per il quale si è in possesso di:

**autorizzazione definitiva** al funzionamento

a Atto n. \_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_



<sup>1</sup> Tutte le informazioni e i dati comunicati con il presente modulo di manifestazione di interesse si intendono rilasciati in regime di autocertificazione, ex DPR n. 445/2000 e a tal fine l'invio telematico del presente modulo equivale alla formale accettazione di quanto espressamente dichiarato.

b **Iscrizione nel Registro Regionale** determinazione num. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Accordo contrattuale** per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime di compartecipazione della ASL alla quota sanitaria della tariffa (se applicabile)

c Atto sottoscritto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con la ASL di \_\_\_\_\_

Per num \_\_\_\_\_ posti utente sul totale di num \_\_\_\_\_ posto di ricettività

A tal fine dichiara:

1) di essere in una delle seguenti condizioni (*indicare solo una delle due condizioni*):

a Struttura ammessa a finanziamento a valere sull'Asse III del PO FESR 2007/2013 – Linea di intervento 3.2. "Programma di interventi per l'infrastrutturazione sociale e sociosanitaria territoriale" o a valere su altri Assi del P.O. FESR 2007/2013

b Struttura realizzata con investimenti propri del soggetto titolare ovvero con altri finanziamenti regionali, nazionali e comunali diversi dai Fondi strutturali di cui al PO FESR 2007/2013

2) di avere la seguente natura giuridica:

- a Cooperativa sociale
- B Consorzio di (specificare la composizione del consorzio) .....
- C Organizzazione di volontariato
- D Organizzazione di promozione sociale
- E Ente ecclesiastico
- F Fondazione
- G Ditta individuale
- H Altro soggetto privato, avente caratteristica di PMI
- I Ente pubblico (Comune)
- L ASP, IPAB, altro organismo pubblico (specificare \_\_\_\_\_)

3) di operare nel seguente ambito di attività (indicare il codice ATECO, ove assegnato)

- 87.10.0 Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani
- 87.10.0  
0 Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani
- 87.20.0 Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti
- 87.30.0  
0 Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili
- 87.90.0  
0 Altre strutture di assistenza sociale residenziale

88.10.0 0	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	<input type="checkbox"/>
88.91.0 0	Servizi di asili nido e assistenza diurna per minori disabili	<input type="checkbox"/>
88.99.0 0	Altre attività di assistenza sociale non residenziale nca	<input type="checkbox"/>
— —	Altro codice ATECO e denominazione (Indicare _____ )	<input type="checkbox"/>

**ULTERIORI INFORMAZIONI sulla struttura /sul servizio (fonte: Carta dei Servizi):**

denominazione della struttura o del servizio e relativa ragione sociale

Via/Corso/Strada  n. civ. Città CAP TELEFONO FAX PEC 

- mezzi pubblici di trasporto utili a raggiungere la sede sopra indicata:

- erogazione del servizio di trasporto per disabile da e per raggiungere la sede:

- tipologia di servizi erogati (descrizione principali prestazioni erogate)

- articolazione oraria dei servizi erogati:

- periodi/giorni di chiusura dell'attività nell'arco dell'anno

- tipologia e timing sull'erogazione dei pasti nell'arco della giornata (indicare se vi sono periodi dell'anno in cui non sono erogati i pasti):

- organizzazione interna (numero, tipologia e u.l.a impiegate):

- 1) coordinatore \_\_\_\_\_
- 2) educatore \_\_\_\_\_
- 3) educatore professionale \_\_\_\_\_
- 4) assistente sociale \_\_\_\_\_
- 5) assistente d'infanzia \_\_\_\_\_
- 6) operatore sociosanitario o di base \_\_\_\_\_
- 7) terapeuta della riabilitazione \_\_\_\_\_
- 8) psicologo \_\_\_\_\_
- 9) logopedista \_\_\_\_\_
- 10) infermiere \_\_\_\_\_

11) altre figure sanitarie \_\_\_\_\_

- tariffa/retta totale in vigore applicata per ciascuna tipologia/fascia oraria di servizio  
specificare per: 4 hh/giorno - 6 hh/giorno - 8 hh/giorno
 

retta giornaliera	€ _____
retta mensile	€ _____
retta trimestrale	€ _____
retta annuale	€ _____
<i>ovvero</i>	
tariffa oraria	€ _____ /h
- tariffa/retta al netto della quota sanitaria (se applicabile) in vigore applicata per ciascuna tipologia/fascia oraria di servizio  
specificare per: 4 hh/giorno - 6 hh/giorno - 8 hh/giorno
 

retta giornaliera	€ _____
retta mensile	€ _____
retta trimestrale	€ _____
retta annuale	€ _____
<i>ovvero</i>	
tariffa oraria	€ _____ /h
- numero posti/utente ovvero hh/utente e tipologia di servizi/posti offerti ai sensi della presente procedura:

### MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

- Accreditamento su conto corrente bancario
- Accreditamento su conto corrente banco-posta

intestato a : NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

IBAN

Banca

Filia