

ALLEGATO B (DOMANDA)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ (____) il ____/____/____/
C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via
_____, n.____, in qualità di legale rappresentante di
_____ avente sede legale
in _____ (cap _____) Via
_____, n._____
C.F./P.IVA _____ Tel. _____
_____ e-mail _____ PEC
_____ avente la seguente forma
giuridica: _____

FA RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

alla manifestazione d'interesse per l'individuazione di soggetti per la gestione dell'intervento triennale "Servizi sociali di sollievo – Pronto Badante"

☐ **IN FORMA SINGOLA**

☐ **IN QUALITÀ DI CAPOFILA DI PARTENARIATO GIÀ FORMALIZZATO O DA FORMALIZZARSI PRIMA DELLA STIPULA DELLA CONVENZIONE CON ASL, IN CASO DI AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO**

A TAL FINE

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA E INFORMA CHE

IL SOGGETTO RAPPRESENTATO

***sezione a)** rilevante per la valutazione inerente la presentazione del soggetto proponente/capofiglia.....sino a 20 punti*

1 - ha la seguente dislocazione territoriale (indicare il numero e gli indirizzi delle sedi operative dislocate sul territorio versiliese):

2 - consta:

- di n° _____ associati,
- di n° _____ unità di personale volontario,

ALLEGATO B (DOMANDA)

- di n° _____ altro personale, come di seguito indicato (*indicare il tipo di rapporto intercorrente tra ente ed altro eventuale personale, per es. stage, tirocinio, servizio civile, lavoro subordinato/parasubordinato, consulenza ecc.*)

3 – svolge/ha svolto le seguenti attività in campo sociale

- attività di _____ (*es. assistenza domiciliare, informazione, educativa, trasporto sociale, trasporto sanitario ecc.*) a favore di n. _____ utenti ☐ anziani autosufficienti ☐ anziani non autosufficienti ☐ minori ☐ disabili ☐ altro _____ (*indicare*) raggiunti _____, in qualità di

☐ affidatario unico

☐ capofila di ATI

indicare gli altri soggetti partner/associati _____

☐ associato/partner di ATI

indicare il soggetto capofila ed gli altri soggetti partner/associati _____

del servizio di _____
(*indicare la dizione precisa dell'oggetto di affidamento*), a seguito della seguente procedura ad evidenza pubblica

☐ affidamento di servizi di cui al codice sugli appalti

☐ affidamento di servizi di cui al codice del terzo settore

☐ altro (*indicare*) _____

bandita da _____, per il periodo da _____ a _____ e per un importo complessivo pari € _____;

(copiare ed incollare tante volte in corrispondenza del n. di affidamenti ottenuti)

4 – DI AVER IDEATO un progetto d'intervento per la finalità oggetto della presente manifestazione d'interesse così come descritto nelle seguenti **sezioni b), c), d), e)**:

sezione b) rilevante per la valutazione del progetto nel suo complesso e delle attività ad esso afferentisino a 50 punti

- Descrizione sintetica del contesto territoriale alla luce dell'utenza e dei bisogni che s'intendono soddisfare (*max 2.000 caratteri, spazi compresi*)

ALLEGATO B (DOMANDA)

- Descrizione sintetica delle attività che s'intendono porre in essere e delle modalità di attivazione, esecuzione, monitoraggio e rendicontazione delle stesse, sia in raccordo con Regione Toscana, che con la Zona Distretto, che con gli altri soggetti a vario titolo coinvolti nel progetto stesso, ai sensi dell'Avviso e della normativa vigente (*max 5.000 caratteri, spazi compresi*)

***sezione c)** rilevante per la valutazione inerente la capacità di raccordo, sviluppo e rafforzamento di una rete di collaborazione a protezione e supporto della famiglia e della persona anziana..... sino a 20 punti*

- Descrizione sintetica della rete sviluppata e da svilupparsi con i soggetti del terzo settore ed istituzionali al fine della realizzazione di un sistema di supporto all'anziano ed alla sua famiglia in situazione di urgenza, nelle more dell'individuazione di servizi/strumenti ordinari di protezione sociale (*max 5.000 caratteri, spazi compresi*)

ALLEGATO B (DOMANDA)

***sezione d)** rilevante per la valutazione inerente il piano di formazione rivolto agli operatori coinvolti sul territorio..... sino a 5 punti*

- Descrizione del piano di formazione rivolto agli operatori coinvolti sul territorio, comprensivo di una “guida operativa” a supporto degli stessi e degli utenti (contenente, tra l'altro, la mappatura dei servizi territoriali, i numeri utili, le procedure amministrative, etc.)
(max 3.000 caratteri, spazi compresi)

(luogo e data)

(firma del legale
rappresentante)

sezione e) rilevante per la valutazione inerente il piano finanziario per la realizzazione del progetto..... sino a 5 punti

PARTNER	TRIENNIO					
	COSTI DA SOSTENERSI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO			RISORSE A COPERTURA DEI COSTI		
	Costi generali/indiretti	Costi diretti	Totale previsione costi	Compartecipazione	Contributo regionale	Totale copertura costi
Capofila						
Partner 1						
Partner 2						
Partner 3						
Partner 4						
Partner						
TOTALE						

Per l'attribuzione del punteggio si terrà conto:

- dell'ammontare effettivo dei costi generali ed indiretti, che non dovrà essere superiore al 10% del contributo rendicontato;
- dell'ammontare effettivo della compartecipazione, che dovrà essere non inferiore al 20% del contributo regionale.

DICHIARA INOLTRE

ALLEGATO B (DOMANDA)

- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente manifestazione d'interesse dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec _____ ;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla manifestazione d'interesse in oggetto .

(luogo e data)

(firma del legale
rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 26/04/2023 12:45:30

IMPRONTA: 36323562313362303566383535396461386137666463366332353838663738313034653363383865