

Domanda di adesione in qualità di partner al progetto "RETE DEL PRONTO INTERVENTO SOCIALE".

prima della compilazione leggere le istruzioni in ultima pagina  
**E' NECESSARIO UTILIZZARE IL PRESENTE STAMPATO**

**OGGETTO: Richiesta di candidatura per il rafforzamento e potenziamento della rete del Pronto Intervento Sociale sull'Ambito Territoriale di Andria.**

Il sottoscritto:		
Nato (luogo e data di nascita)		
Residente	Comune di..... Prov..... Via/P.zza .....	
Legale rappresentante / Presidente della	..... ..... .....	
Con sede in:	Comune di..... Prov..... Via/P.zza..... n.° ..... Tel..... Fax.....mail .....	
Sede operativa	Comune di .....Prov. .... Via ..... Tel /Fax .....mail .....	
Codice Fiscale n.:		
Partita IVA n.:		
Iscrizioni obbligatorie	<p><b>Se Cooperativa Sociale Sociale</b></p> <p>➤ Iscritta all'Albo Regionale delle Cooperative sociali Sez. "A" o Consorzi di Cooperative Sez. "C" ai sensi della Legge n. 381/1991.</p> <p><b>Se Associazione di Promozione Sociale</b></p> <p>➤ Iscritta nel registro nazionale delle associazioni di promozione sociale al n: _____ del _____ ovvero nel registro regionale delle associazioni di promozione sociale al N. _____ del _____</p> <p><b>Se Associazione di volontariato</b></p> <p>➤ Iscritta nel registro regionale del volontariato al n. _____ del _____</p> <p><b>Se altro organismo specificare la natura giuridica dello stesso:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Documento di riconoscimento	tipo e n°:..... rilasciato da: ..... il .....

**IN MERITO ALL'AMMISSIONE alla rete**

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, saranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000 n.445, le sanzioni previste dal codice penale e delle leggi speciali in materia di falsità in atti, oltre alle conseguenze amministrative connesse alla procedura,

DICHIARA

A) AI SENSI DELL'ART. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n.445:

1. di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione dalla partecipazione a procedure pubbliche meglio esplicitate all'art 80 D.Lgs 50/2016
2. di essere in regola nel pagamento di imposte e tasse;
3. di non essere incorso in cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla L. 575/1965 ed indicate nell'allegato n. 1 al D.lgs 490/1994 (disposizioni antimafia);
4. di essere in regola con gli adempimenti del DURC ove obbligato.
5. Di essere in possesso di statuto ed atto costitutivo coerente e compatibile con le attività di cui alla scheda progettuale denominata "RETE DEL PRONTO INTERVENTO SOCIALE. **(si allega copia dello statuto e dell'atto costitutivo)**
6. Di essere in possesso di adeguata esperienza in materia di pronto intervento ed assistenza cittadini in condizione di povertà così come risulta dall'allegato curriculum esperienziale
7. **di essere in grado** di assolvere alle formalità e modalità fiscali di rendicontazione somme mediante la produzione di documentazione fiscalmente rilevante.
8. che l'organismo è formalmente costituito a far data dal \_\_\_\_\_
9.  di essere regolarmente iscritto al n.....del registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di..... della Provincia di..... per attività di.....  
**(indicare solo se in possesso)**

**AVVERTENZE**

- **allegare statuto ed atto costitutivo,**
- **allegare curriculum esperienziale.**

L'amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni prodotte.

CHIEDE DI ADERIRE ALLA RETE IN QUALITÀ DI  
**COMPILARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA**

**Partner di I Livello**

Dichiara in qualità di candidato Partner di I Livello di poter assicurare le seguenti prestazioni:

- Reperibilità anche notturna
- Coordinamento degli interventi in favore dell'utenza, mediante accesso ad un numero verde dedicato.
- Risposta tempestiva 24 ore su 24 alla richiesta di intervento .
- Intervento in loco
- Disponibilità di mezzo proprio
- Disponibilità di locali per la realizzazione tempestiva dei seguenti interventi: igiene personale dell'utente (docce), fornitura materiali di prima necessità (indumenti puliti, biancheria) fornitura di pasti anche a domicilio.

- Sistemazione notturna in emergenza dell'utente per massimo n. 3 giorni.
- **Pagamento di utenze improcrastinabili , solo su richiesta del servizio sociale professionale e sino ad un massimo di € 150,00**
- Comunicazione immediata dell'intervento al Settore Socio Sanitario entro e non oltre le 24 ore successive al medesimo, a mezzo fax tel 0883/566849, con l'utilizzo di modulistica appositamente predisposta.

Dichiara che l'intervento afferente il **servizio docce/igiene personale** è garantito presso

- presso locali e strutture proprie
- presso locali e strutture proprie del seguente/i organismo/i del terzo settore con il/i quale/i verranno siglate intese specifiche

Denominazione Organismo		
Legale rappresentante / Presidente/Responsabile		..... ..... .....
SEDE:	Comune di.....	Prov.....
	Via/P.zza.....	n.° .....
	Tel.....	Fax.....mail .....
FIRMA PER ADESIONE DEL RESPONSABILE	Firma per accettazione _____ <b>Allegare copia documento di identità del referente</b>	

Dichiara che l'intervento afferente **l'alloggio notturno in emergenza** è garantito presso

- presso locali e strutture proprie
- presso locali e strutture proprie del seguente/i organismo/i del terzo settore con il/i quale/i verranno siglate intese specifiche

Denominazione Organismo		
Legale rappresentante / Presidente/Responsabile		..... ..... .....
SEDE:	Comune di.....	Prov.....
	Via/P.zza.....	n.° .....
	Tel.....	Fax.....mail .....
FIRMA PER ADESIONE DEL RESPONSABILE	Firma per accettazione _____ <b>Allegare copia documento di identità del referente</b>	

- Partner di II Livello** (compilare solo per gli interessati)

Dichiara in qualità di candidato Partner di II Livello di poter assicurare le seguenti prestazioni:

- Risposta tempestiva alla richiesta di intervento.
- Intervento in loco
- Disponibilità di mezzo proprio
- Fornitura pasti a domicilio
- Accompagnamento utenza ai servizi
- **Pagamento di utenze improcrastinabili , solo su richiesta del servizio sociale professionale e sino ad un massimo di € 150,00**
- Comunicazione immediata dell'intervento al Settore Socio Sanitario entro e non oltre le 24 ore successive al medesimo, a mezzo fax tel 0883/566849, con l'utilizzo di modulistica appositamente predisposta

(barrare solo la fattispecie che interessa)

**Partner per il rafforzamento della rete** (compilare solo per gli interessati)

Dichiara di voler aderire alla rete e per l'effetto di collaborare con il Comune di Andria nell'ambito degli interventi a sostegno dei cittadini in condizioni di povertà mettendo a disposizione le seguenti risorse, attività e progettualità:

- attività di distribuzione indumenti
- attività di distribuzione viveri e alimenti
- interventi economici di modico valore per pagamento utenze
- sportelli di ascolto

**Altro descrivere**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Indica quale referente per le attività progettuali (obbligatorio per tutti i partners :**

REFERENTE	Nome _____ Cognome _____
Nato (luogo e data di nascita)	_____ il _____ _____
Residente	Comune di..... Prov..... Via/P.zza ..... Tel _____ cel _____ mail _____ _____ Firma _____ del _____ referente per _____ accettazione
<b>Allegare copia documento di identità del referente</b>	

Appone la sottoscrizione, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili verso dichiarazioni false o incomplete.

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

(sottoscrizione in originale)

Data \_\_\_\_\_ .....

**ALLEGARE APENA DI ESCLUSIONE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'**

**ISTRUZIONI E AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:**

- 1) Ai sensi dell'art.38 DPR 445/2000, allegato alla presente dichiarazione, deve essere prodotta (**SOTTO PENA DI ESCLUSIONE**) fotocopia ben leggibile di un documento di identità personale del dichiarante, valido , esclusivamente tra i seguenti: carta d'identità, patente di guida, passaporto. Nel caso di corretta produzione di fotocopia del documento la dichiarazione è da prodursi in carta semplice. Altrimenti la firma deve essere autenticata , con apposizione di marca da bollo
- 2) Le dichiarazioni mendaci, così come la falsità di sottoscrizione, comporta responsabilità penali, così come previsto dall'art.76 DPR 445/2000;
- 3) La dichiarazione va correttamente compilata in ogni sua parte; con il pedissequo rispetto degli adempimenti richiesti a pena di esclusione.

- 4) Se lo spazio non è sufficiente per l'inserimento dei dati, è possibile allegare fogli aggiuntivi, con apposito timbro di congiunzione.
- 5) Il modulo di cui all'allegato 1 va sottoscritto ( a pena di esclusione) in originale dal Legale Rappresentante del partecipante, nello specifico spazio previsto dal presente modulo