





- Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private;
  - Regolarità della continuità gestionale e finanziaria;
  - Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);
  - Assenza di stato di fallimento;
  - Assenza di liquidazione coatta;
  - Assenza di concordato preventivo;
  - Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo.
  - Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art.67, comma 2, del D.lgs. 6 settembre 2011, n°159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 13 agosto 2010 n.136".
- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici previsti dalla normativa di riferimento
- di essere in possesso **dell'abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE).....
- di essere in possesso **dell'accreditamento:** provvedimento n°..... del  
..... rilasciato da ..... (specificare)  
.....

## COMUNICA

### la propria disponibilità e interesse per l'anno 2024

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della D.G.R. n. XII/1669/23, attraverso l'attivazione, nei limiti delle risorse disponibili, di prestazioni/attività in voucher per la realizzazione di progetti volti al miglioramento della qualità della vita di persone in condizione di disabilità gravissima.

## DICHIARA ALTRESI' DI IMPEGNARSI

- 1- al rispetto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse, prevista ai sensi della D.G.R. n. XII/1669/23, per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Sociosanitari a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie,
- 2- ad erogare la/e tipologia/e di Voucher, indicati nella tabella sotto riportata, secondo le modalità e i requisiti di cui alla D.G.R. n. XII/1669/23, indicando inoltre il territorio dell'ASST di erogazione tenuto conto che nel caso del Voucher Autismo dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento.



<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO MINORI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA	<input type="checkbox"/> VOUCHER AUTISMO  <small>(Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 7751/22 non residenti ne territorio afferente all'ATS Insubria)</small>
ASST <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA	ASST <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA	ASST <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA	ASST <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA

- Che in qualità di Ente erogatore ADI si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola nel territorio afferente a:
- ASST LARIANA
- ASST SETTE LAGHI
- ASST VALLE OLONA

## DICHIARA INFINE

che il volume di prestazioni mensili che l'Ente può erogare è pari a:

- a. N° \_\_\_\_\_ voucher sociosanitario
- b. N° \_\_\_\_\_ voucher autismo.

**Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.**

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

Firma del Legale Rappresentante  
\_\_\_\_\_



## ALLEGA:

- ▶ Copia del documento d'identità del Legale rappresentante in corso di validità nel caso di firma olografa/autografa.
- ▶ Documentazione comprovante i requisiti richiesti previsti al punto 1 dell'Avviso, in particolare per quanto riguarda il:
  - a) VOUCHER SOCIOSANITARIO**
    - Relazione sulla specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore.
    - Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione della disabilità gravissima unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.
  - b) VOUCHER AUTISMO**
    - Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher Autismo verrà svolto all'interno della struttura in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura.
    - Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione dell'autismo unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione
    - Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.