**Sub. All. 2.2: MODULO A**

**(Istanza di manifestazione d’interesseda predisporre su carta semplice intestata all’Ente richiedente)**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI ATTRAVERSO L’EROGAZIONE DI VOUCHER SOCIOSANITARI MISURA B1 E DI VOUCHER SOCIOSANITARI AUTISMO (ASD) PREVISTI DALLA D.G.R. N. XII/3719/2024 A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ E NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO.**

***(Resa in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata all’Ente richiedente)***

**L’Ente Gestore** …………………………………………………………………………………………………………

con sede legale nel comune di ………………………………………….CAP…………...prov. ………….….

in via ………………………………………………………………………………………………………...n° …...........

codice fiscale e o partita IVA 

telefono…………………………………………………….posta PEC……….………………………………………..

nella persona di …………………………….…………... nato a ………………………….…... il ………..….…….

Codice fiscale  in qualità di Legale Rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale, della:

* struttura…………………………………………………………….. (indicare tipologia e denominazione) con sede operativa nel Comune di ……………………….CAP………prov…….. via………………..…….n°……..…
* iscritta al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie - codice ……………………………………………………..
* iscritta al registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie – codice ………………………………………………….
* sperimentazione……………………………………………………(indicare tipologia e denominazione) con sede operativa nel Comune…………..…………….. CAP………prov……. via……….…………….…….n°……

approvata con D.G.R. n°…………………………………………………………………………………………..

**Riferimenti del referente dell’Ente per la presente candidatura:**

Nome……………………………………………Cognome…………………………………………………….

Cell………….…………………………………….E-mail………..………………………………………………

**dichiara**

* di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l’accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e ss mm ii
* 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 2025**

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della D.G.R. n. XII/3719/2024, 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 e necessità di sostegno intensivo molto elevato.

**DICHIARA ALTRESI’ DI IMPEGNARSI**

1. al rispetto delle condizioni riportate nell’Avviso di Manifestazione di Interesse, prevista ai sensi dalla D.G.R. n. XII/3719/2024, per la realizzazione di progetti attraverso l’erogazione dei Voucher Sociosanitari a favore di soggetti in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato 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/3719/2024, 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;

| * **VOUCHER SOCIOSANITARIO ADULTI/ANZIANI** | * **VOUCHER SOCIOSANITARIO MINORI** | * **VOUCHER SOCIOSANITARIO DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA**   **\*solo per Enti Erogatori ADI** | * **VOUCHER AUTISMO**   **(Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 7751/22 non residenti ne territorio afferente all’ATS Insubria)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASST**   * LARIANA * SETTE LAGHI * VALLE OLONA | **ASST**   * LARIANA * SETTE LAGHI * VALLE OLONA | **ASST**   * LARIANA * SETTE LAGHI * VALLE OLONA | **ASST**   * LARIANA * SETTE LAGHI * 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

**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:

1. **VOUCHER SOCIOSANITARIO**

* relazione contenente il dettaglio delle modalità in cui l’erogazione del Voucher sociosanitario Misura B1 verrà svolta 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 della disabilità gravissima unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.

1. **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.