Spett.le

**Comune di Castelfranco Veneto**

**Capofila dell’ATS VEN\_08**

PEC comune.castelfrancoveneto.tv@pecveneto.it

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’ISCRIZIONE ALL’ELENCO PER LA FORMAZIONE DI UN CATALOGO DI SERVIZI DESTINATI AI NUCLEI FAMILIARI PIÙ FRAGILI E/O CON SITUAZIONI DI MULTIPROBLEMATICITÀ, TRAMITE L’IMPIEGO DEI VOUCHER PER L’ACCOMPAGNAMENTO ALL’AUTONOMIA. DGR VENETO 69/2023 |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (legale rappresentante, soggetto munito di potere di rappresentanza, soggetto interessato) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (precisare tipologia e denominazione/ragione sociale), natura giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

avente sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e avente la seguente sede operativa:

nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Codice Fiscale/Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO** L’AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI SOGGETTI FORNITORI PER ISCRIZIONE ALL’ELENCO PER LA FORMAZIONE DI UN CATALOGO DI SERVIZI DESTINATI AI NUCLEI FAMILIARI PIÙ FRAGILI E/O CON SITUAZIONI DI MULTIPROBLEMATICITÀ, TRAMITE L’IMPIEGO DEI VOUCHER PER L’ACCOMPAGNAMENTO ALL’AUTONOMIA, DGR VENETO 69/2023;

**CHIEDE**

l’iscrizione all’Elenco dei soggetti fornitori per comporre un catalogo dell’offerta di servizi accessibili alle famiglie multiproblematiche tramite l’impiego dei voucher per l’accompagnamento all’autonomia per i servizi indicati nel sottostante CATALOGO SERVIZI.

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR 445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* di accettare tutte le condizioni contenute nell’AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI SOGGETTI FORNITORI PER ISCRIZIONE ALL’ELENCO PER LA FORMAZIONE DI UN CATALOGO DI SERVIZI DESTINATI AI NUCLEI FAMILIARI PIÙ FRAGILI E/O CON SITUAZIONI DI MULTIPROBLEMATICITÀ, TRAMITE L’IMPIEGO DEI VOUCHER PER L’ACCOMPAGNAMENTO ALL’AUTONOMIA, DGR VENETO 69/2023, nonché quelle contenute nell’Avviso pubblico e nella direttiva “INSIEME: implementazione di nuovi sistemi inter-istituzionali e di equipe multidisciplinari per prevenire l’esclusione sociale delle famiglie”, a valere sulla DGR n. 69 del 26 gennaio 2023 - PR Veneto FSE+ 2021/2027 - priorità 3 inclusione sociale;
* di essere in grado di gestire e organizzare le attività dei servizi per cui manifesta interesse, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti;
* l’assenza di cause di esclusione ai sensi degli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023;
* che il proprio oggetto sociale/professione è in linea con la specificità del settore oggetto di accreditamento;
* di avere esperienza di almeno un anno, nell’ultimo triennio (alla data di presentazione della domanda) in maniera continuativa, in uno dei servizi previsti dall’Avviso o in interventi personalizzati analoghi o assimilabili per oggetto a quelli della sezione del catalogo in cui si chiede di essere accreditato, svolti con buon esito per enti pubblici/soggetti privati. Tale requisito deve essere posseduto singolarmente per ogni sezione del catalogo a cui si chiede l’ammissione;
* di essere in possesso di un’adeguata professionalità nel settore di interesse con disponibilità di figure professionali competenti e con specifico titolo professionale, nella tipologia di prestazioni e loro adeguato inquadramento contrattuale;
* di essere titolare di polizza di assicurazione per rischi di responsabilità civile verso terzi. L’accreditato è responsabile dei danni che dovessero occorrere agli utenti del servizio o a terzi nel corso dello svolgimento del servizio ed imputabili a colpa dei propri operatori o derivanti da gravi irregolarità e carenze nelle prestazioni;
* di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni e disposizioni del Regolamento UE 679/16 in materia di tutela dei dati personali (anche particolari ai sensi dell’art. 9 del Regolamento UE 679/16) e della riservatezza. I soggetti fornitori accreditati sono Responsabili esterni del trattamento dei dati ai sensi art. 28 comma 1 del Regolamento UE 679/16 e devono attenersi alle disposizioni regionali contenute nella NOTA ESPLICATIVA dei Ruoli nel trattamento dei dati personali allegata all’Avviso.

|  |  |
| --- | --- |
| DATA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Allegati:**

* + Copia del documento di identità del sottoscrittore;
  + SCHEDA DI ESPERIENZA PREGRESSA;
  + CATALOGO SERVIZI;
  + SCHEDA SERVIZIO (compilare una scheda per ogni servizio selezionato; ogni scheda dovrà occupare al massimo una facciata A4 compilata in carattere ARIAL di dimensione 10 pt, interlinea singola)

**SCHEDA DI ESPERIENZA PREGRESSA**

*(aggiungere righe se necessarie)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [**TITOLO PROGETTO**](mailto:romitot@comune.padova.it)**/ATTIVITÀ** | ***ATTIVITÀ SVOLTE*** | **ANNO E DURATA** | ***ENTE COMMITTENTE***  ***(SE PREVISTO)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CATALOGO SERVIZI**

*(selezionare i servizi per i quali si chiede l’iscrizione e compilare una scheda per ogni servizio selezionato)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **RIEPILOGO INTERVENTI E SERVIZI** |
|  | ***Selezionare i servizi per i quali si manifesta interesse*** |
| **CATEGORIA 1: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ - EDUCATIVA** | |
|  | **TIPOLOGIA SERVIZI:** |
|  | **Educativa familiare e domiciliare** |
|  | **Educativa territoriale e di strada** |
|  | **Attività ricreativa, sportiva, culturale e artistica** |
|  | **Supporto alla socializzazione** |
|  | **Intermediazione scuola/famiglia** |
|  | **Supporto allo studio** |
|  | **Educazione digitale** |
|  | **Orientamento scolastico** |
|  | **Servizi psico-educativi per lo sviluppo cognitivo (psicomotricità, logopedia, …)** |
|  | **Sperimentazione di esperienza residenziale – socializzazione intensa** |
| **CATEGORIA 1: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ - CONSULENZIALE** | |
|  | **TIPOLOGIA SERVIZI:** |
|  | **Gruppi educativi per fasce d’età** |
|  | **Consulenza psicopedagogica genitoriale** |
|  | **Gruppi genitore/bambino** |
|  | **Gruppi familiari** |
|  | **Mediazione familiare** |
|  | **Coordinamento genitoriale** |
|  | **Gruppo di parola per minori** |
| **CATEGORIA 2: SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE - INTERNA** | |
|  | **TIPOLOGIA SERVIZI:** |
|  | **Sostegno nella gestione del lavoro domestico: pulizia e manutenzione casa** |
|  | **Educazione all’economia domestica/finanziaria di gruppo** |
|  | **Servizio di affiancamento minori (anche in assenza di genitori)** |
| **CATEGORIA 2: SOSTEGNO ALL’ORGANIZZAZIONE FAMILIARE - ESTERNA** | |
|  | **TIPOLOGIA SERVIZI:** |
|  | **Trasporto (visite, colloqui, terapie, altro)** |
|  | **Accompagnamento personalizzato all’autonomia (inserimento lavorativo, attivazione sociale, patente, accompagnamento abitativo, disbrigo pratiche, ecc.)** |
|  | **Servizio di mediazione linguistico culturale** |
| **CATEGORIA 3:** **ULTERIORI TIPOLOGIE DI SERVIZI INNOVATIVI, PROPOSTE DAI SOGGETTI DEL PARTENARIATO** | |
|  | ***Titolo del servizio innovativo*** |