**Allegato A)**

**MODULO ISTANZA**

Avviso Pubblico

**per l’individuazione di un soggetto del terzo settore interessato al convenzionamento per la gestione del trasporto e accompagnamento persone con disabilità residenti nei comuni dell’Ambito Territoriale Sociale Val Seriana per l’anno 2023**

**A Servizi Sociosanitari Val Seriana**

**La/Il sottoscritta/o**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nome |  | cognome |  |
| nata/o a |  | il |  |
| in qualità di |  | dell’ETS |  |
| con sede in |  | via |  |
| tel. |  | cell. |  |
| mail |  | PEC |  |

Eventuale diverso indirizzo presso il quale inoltrare le comunicazioni in caso di mancanza di recapito e-mail:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Comune |  | CAP |  |
| Indirizzo |  | n. |  |

Presa visione dell’avviso di selezione pubblica in oggetto

**CHIEDE**

**di essere ammessa/o alla selezione in oggetto e**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole della responsabilità penale che può derivare da dichiarazioni mendaci, ai sensi dell’articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Di esser un’Organizzazioni di Volontariato e/o Associazioni di Promozione Sociale di cui agli art. 5 – 6 del d.lgs 117/2017 e di essere in possesso dei seguenti requisiti:

* iscrizione da almeno 6 mesi (alla data di pubblicazione del presente avviso pubblico), all’apposito registro della Regione Lombardia, nelle more dell’istituzione del previsto Registro Nazionale del Terzo Settore;
* esperienza professionale maturata nelle attività oggetto della convenzione di almeno 3 anni (nel periodo che va dal 2019 al 2022), come segue:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anno | Servizio | Ambito |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* numero minimo del 60% di volontari impiegabili per le attività del presente avviso;
* non aver commesso grave negligenza o malafede nell’esecuzione di servizi eventualmente affidati da questa Amministrazione e non aver commesso alcun errore grave nell’esercizio della propria attività;
* non avere alcun tipo di contenzioso legale con questa Amministrazione in relazione a rapporto di convenzione e/o gestione di servizi.

**DICHIARA**

* di aver preso visione dell’Avviso pubblico e di accettarne senza riserva tutte le clausole;
* di aver preso visione della vigente informativa sul trattamento dei dati personali;
* di impegnarsi a comunicare per iscritto a Servizi Sociosanitari Val Seriana le eventuali variazioni degli indirizzi di sede o altro indirizzo a cui inviare comunicazioni, dichiarati nella domanda di ammissione, nonché recapiti elettronici quali indirizzi e-mail, indirizzi PEC e numeri cellulari, riconoscendo che la Società sarà esonerata da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del/della destinatario/a;

**Ai fini della valutazione ai sensi del punto 9 dell’avviso**

**DICHIARA I SEGUENTI REQUISITI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterio** | **Sub criterio** |  |
| *Adeguatezza tecnico professionale* | N. volontari iscritti dedicati alla convenzione in oggetto |  |
| N. mezzi di trasporto adeguati all’oggetto della convenzione |  |
| N. anni di gestione di attività analoghe a quelle oggetto della convenzione (con chilomentraggio minimo anno ammesso di 50.000 Km |  |
| *Territorialità* | Luogo sede legale e luogo sede operativa |  |
| *Territorialità* | Elenco unità di offerta unità di offerta accreditate o sperimentali, residenziali o diurne, gestate nell'ATS (max 2) |  |
| *Territorialità* | Elenco servizi domiciliari e del tempo libero gestiti nell’ATS (max 3) |  |
| *Vision* | Visione, metodi e obiettivi dell'organizzazione in Val Seriana (ad esempio valore dato al raccordo col territorio e alla partecipazione delle famiglie e della collettività, anche in termini di innovazione) |  |

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