**MOD. Integrazione**

 ***AL COMUNE DI SCIACCA***

 ***Capofila Distretto D/7***

 ***Via Roma, 13***

 ***SCIACCA***

OGGETTO: **INTEGRAZIONE ALLA** **DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL’ELENCO DEGLI ENTI ACCREDITATI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E/O AI DISABILI, RISERVATA AGLI ENTI GIA’ ACCREDITATI.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della

Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forma giuridica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con partita IVA n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapiti: telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enti previdenziali**:

INAIL Codice ditta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posizioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INPS Matricola azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posizioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inserita nell’Elenco degli Enti Accreditati approvato con determinazione dirigenziale n. del per la/le sezione/ i

[]sezione I per l'espletamento del servizio domiciliare in favore di Anziani

[]sezione II per l'espletamento del servizio di domiciliare in favore di Disabili

 **CHIEDE**

che la suddetta ditta venga iscritta nell’Elenco indicato in oggetto di cui all’Avviso del \_\_\_\_\_\_i

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

1. di avere richiesto con avviso del 6/02/2015 l’iscrizione all’Elenco distrettuale degli Enti no profit ed ottenuta, giusta determinazione dirigenziale n. del ,per la/le sezione/i di seguito specificata/e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2)ad attuare il Piano Individualizzato concordato dal beneficiario/familiare ed il Servizio Professionale dello stesso Ente e vidimato dal il Servizio Sociale Professionale comunale, rispettando le seguenti percentuali relativamente al personale da impiegare:

* ADI : 80% OSS e 20% OSA
* ADA: 60% OSS e 40% OSA;

3)ad accettare il voucher riportante l’importo orario della prestazione socio-assistenziale pari a € 17,01 in caso di ADI, ed a € 16,91 in caso di ADA comprensivo di IVA al 4% se dovuta e del 5% spese gestione;

ALLEGA:

Copia fotostatica del documento d’identità, del sottoscrittore, in corso di validità

Sciacca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_