



COMUNE di FROSINONE

DISTRETTO SOCIALE B

Modello A

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DEI FORNITORI DEGLI INTERVENTI FINALIZZATI AL RICONOSCIMENTO DEL VALORE SOCIALE ED ECONOMICO DELL'ATTIVITA' DI CURA DEL CAREGIVER FAMILIARE – 2025/2026.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 E 48 DEL DPR 445/2000

(da rendere, sottoscritta dal titolare o legale rappresentante, in carta semplice con allegata la fotocopia di un documento di identità personale valido, ai sensi della normativa vigente in materia di semplificazione amministrativa)

Il/La sottoscritt__ _____
nat__ a _____ (Prov. _____) il _____
residente in _____ (Prov. _____)
Via _____ n. _____
in qualità di _____
dell'Impresa/Ente _____
C.F. n°. _____ P.I. n°. _____
con sede legale in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
Via _____ n. _____
Tel. n°. ____/____/____ Fax n°. ____/____/____
E-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL REGISTRO FORNITORI DEGLI INTERVENTI FINALIZZATI AL RICONOSCIMENTO DEL VALORE SOCIALE ED ECONOMICO DEL CAREGIVER FAMILIARE 2025/2026

- come Cooperativa Sociale/Consorzio di Coop. Sociali
- come Organizzazione di volontariato
- come Associazione di promozione sociale
- come Associazione/Fondazione/Istituzione a carattere privato non a scopo di lucro
- come Impresa commerciale
- come Professionista singolo/ associato
- come Ente (specificare) _____

per la fornitura dei seguenti interventi:

Interventi	Costo riconosciuto al soggetto accreditato iscritto al Registro	Importo annuo massimo riconosciuto a ciascun caregiver familiare formalmente riconosciuto	Note	Selezionare l'intervento che si intende fornire
1) Sollievo programmato tramite unità di offerta residenziale	Costo giornaliero/orario per l'accoglienza presso struttura residenziale pubblica o privata convenzionata in sostituzione temporanea programmata del caregiver familiare	€ 600,00 max		<input type="checkbox"/>
2) Sollievo programmato in ambito intrafamiliare (domiciliare)	Costo giornaliero/orario per operatore in sostituzione temporanea programmata del caregiver familiare	€ 500,00 implementati di ulteriori € 100,00 per un totale di € 600,00 max per caregiver familiari di persone con disabilità complesse ad elevata intensità assistenziale e a prevalente incidenza sanitaria		<input type="checkbox"/>
3) Programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare con l'assistito o a prevenire l'istituzionalizzazione del medesimo assistito	Costo giornaliero/orario per operatore in sostituzione del caregiver familiare, finalizzata alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver familiare con l'assistito o a prevenire l'istituzionalizzazione del medesimo assistito	€ 5.800,00 max		<input type="checkbox"/>
4) Supporto psicologico individuale	Costo per prestazione professionale (psicologo)	€ 50,00 (costo unitario) per singola prestazione professionale per un importo massimo annuo riconoscibile di € 500,00 max		<input type="checkbox"/>

Gli importi annui riconosciuti al caregiver familiare sono onnicomprensivi di ogni onere ed imposta e di tutti gli eventuali oneri accessori previsti per l'esecuzione degli interventi.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, la dichiarazione mendace è punita ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

a - che l'Impresa/ente non si trova in alcuna delle condizioni definite dagli articoli 94, 95 e 98 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii.;

b - che l'Impresa/ente, al fine dell'idoneità professionale di cui all'art. 100 del D.Lgs 36/2023, per l'esecuzione degli interventi previsti nella Manifestazione di interesse, è iscritta :

- al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di _____ con il n. _____;
- all'Albo regionale delle Cooperative Sociali concernente la gestione dei Servizi socio-assistenziali, sanitari ed educativi di cui all'art. 1, comma 1, lettera a), legge 8-11-1991, n. 381 della Regione _____ con il Decreto/Determinazione n. _____;
- che l'Impresa è iscritta all'Albo Nazionale del Ministero delle Attività Produttive istituito con D.M. 23 giugno 2004 al n. _____;
- all'Albo Regionale delle Organizzazioni di Volontariato;
- al Registro regionale dell'Associazionismo;
- al Registro delle Persone Giuridiche della Prefettura di _____;
- all'Albo professionale dei/degli _____ presso _____;
- altro (specificare) _____;

c - che l'Impresa/ente ha almeno una sede operativa nel territorio provinciale di Frosinone al seguente indirizzo (compilare se diverso da quello della sede legale) _____

d - che l'impresa/ente, al fine dell'erogazione delle prestazioni per le quali richiede l'iscrizione e nel rispetto di quanto previsto nella Manifestazione di interesse, ricorrerà all'impiego delle seguenti risorse umane (specificare numero e qualifica professionale) _____

e - di impegnarsi ad assicurare la continuità e la regolarità delle attività/interventi per le quali si è resa disponibile e definita nel Piano Personalizzato Assistenziale (PPA) della persona con disabilità o non autosufficiente il cui caregiver familiare risulta essere il beneficiario diretto degli interventi di che trattasi;

f - di applicare il seguente Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro _____,

g – di garantire il corretto inquadramento degli operatori nelle qualifiche corrispondenti alle tipologie delle mansioni svolte e la regolarità nei versamenti dovuti a INPS e INAIL per gli operatori stessi;

h - di adottare adeguate coperture assicurative volte a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi, compreso il Comune di Frosinone, per danni imputabili al soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;

i - di rispettare le disposizioni del D.lgs. 81/08 e successive integrazioni e modificazioni;

l - di aver preso visione della Manifestazione di interesse e di accettare tutte le condizioni in essa previste;

m – di accettare, in particolare, quanto previsto all'art. 4 della predetta Manifestazione di interesse "Procedura operativa" con riferimento ai termini e alle modalità di pagamento degli interventi/prestazioni rese;

n - di essere a conoscenza e accettare, in particolare, che a seguito dell'iscrizione nel **"Registro dei fornitori degli interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura del caregiver familiare – 2025/2026"**, il servizio sarà realizzato con proprio personale mediante autonoma organizzazione e che il Comune di Frosinone, Capofila d'Ambito, rimarrà del tutto estraneo ai rapporti giuridici ed economici che andranno ad instaurarsi tra il fornitore degli interventi e il personale individuato per l'esecuzione degli stessi

o – di essere a conoscenza e accettare che il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B, non assume alcun obbligo né responsabilità in ordine all'affidamento degli interventi, che rimane una libera scelta del caregiver familiare (beneficiario).

LUOGO E DATA _____

IL DICHIARANTE

(timbro e firma)

INFORMATIVA PRIVACY

Dichiaro di essere Informato, ai sensi Regolamento UE 2016/679 e dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'**Ufficio di Piano del Distretto Sociale B – Comune Capofila Frosinone**.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

Luogo e data

Firma

Allega :

- 1. Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;**
- 2. Curriculum dell'impresa/operatore economico/professionista/ente;**
- 3. Copia statuto e atto costitutivo.**