



Comune di Agrigento - Capofila Distretto Socio - Sanitario D1

*(Aragona – Comitini – Favara – Joppolo Giancaxio – Porto Empedocle – Raffadali
Realmonte – Sant’Angelo Muxaro – Santa Elisabetta – Siculiana)*

e-mail: distrettosociosaitario@comune.agrigento.it

Allegato C

AL COMUNE DI AGRIGENTO
ENTE CAPOFILA D.S.S.D1

pec: distrettosociosanitariod1@pec.comune.agrigento.it

e-mail: ignazio.gambino@comune.agrigento.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per l’accreditamento e la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell’ambito del Progetto Inps “Home Care Premium 2022 –2025 Assistenza domiciliare”

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ in qualità di _____

dell’impresa/società _____

con sede in _____ Via _____

nr. _____ C.F. _____ P. Iva _____

codice attività _____ tel. _____

cellulare _____ pec: _____

e – mail _____

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2022/2025 – Assistenza domiciliare" per le seguenti prestazioni integrative oggetto della presente procedura **(barrare una o più prestazioni per cui si chiede l'accreditamento)**:

DESCRIZIONE PRESTAZIONE INTEGRATIVA	PRESTAZIONE	MISURA	COSTO MAX UNITA'	SCELTA
Servizi professionali domiciliari	OSS	Ore	20	
Servizi professionali domiciliari	Educatore professionale	Ore	20	
Altri Servizi professionali domiciliari	Psicologo	Ore	22	
Altri Servizi professionali domiciliari	Fisioterapista	Ore	22	
Altri Servizi professionali domiciliari	Logopedista	Ore	22	
Sollievo	Domiciliare	Ore	18	
Sollievo	Diurno Extra Domiciliare	Unità	18	
Sollievo	Residenziale	Unità	18	
Supporti	Supporto 1	Unità	300	
Supporti	Supporto 2	Unità	300	
Supporti	Supporto 3	Unità	300	
Supporti	Supporto 4	Unità	300	
Supporti	Supporto 5	Unità	300	
Supporti	Supporto 6	Unità	300	
Supporti	Supporto 7	Unità	300	
Supporti	Supporto 8	Unità	300	
Supporti	Supporto 9	Unità	300	
Percorsi di integrazione scolastica	Percorso di integrazione scolastica	Unità	22	
Percorsi di integrazione scolastica	Servizi di assistenza scolastica specialistica	Ore	22	
Servizi per minori affetti da autismo	Servizi per minori affetti da autismo	Unità	22	

DICHIARA

di aver maturato una esperienza di almeno 2 anni nel territorio del Distretto Socio Sanitario D1

Inoltre dichiara che, intende partecipare alla presente procedura, come:

- concorrente singolo;
- come mandataria di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio ordinario già costituito fra le seguenti imprese o associazioni (indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa):

- come mandataria di un raggruppamento temporaneo o di un consorzio da costituirsi fra le seguenti imprese (indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa):

- come consorzio ordinario di concorrenti di cui all'art.45, comma 2, lett. c) del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.
◦ che partecipa per sé stesso;
◦ che partecipa per le seguenti consorziate:

- come consorzio ordinario di concorrenti di cui all'art.45, comma 2, lett. e) del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.
◦ che partecipa per sé stesso;
◦ che partecipa per le seguenti consorziate:

- Altro:

Luogo e data

Firma del Rappresentante legale

A tal fine, a corredo della presente istanza, produce:

- Carta dei Servizi;
- Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. (*Allegato D*);
- Dichiarazione dei soggetti di cui all'art.80, comma 3, D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (*Allegato E*);
- Fotocopia, non autenticata, in corso di validità, di documento di identità del sottoscrittore;
- Documento/Decreto attestante l'iscrizione all'Albo di appartenenza, in corso di validità;