



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Allegato A

DOMANDA DI ADESIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DELL'ELENCO DEGLI OPERATORI DISTRETTUALI ACCREDITATI PER GLI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.3

Spett.le Comune di Marino capofila

Distretto Socio-Sanitario RM 6.3

Largo Palazzo Colonna,1 00047

Pec: protocollo@pec.comune.marino.rm.it

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ in qualità di legale rappresentante
di (*denominazione e natura giuridica*): _____

Costituita in data _____ con sede legale in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

PEC _____

E-mail _____

Recapito telefonico _____

Iscrizione al Registro _____

con numero _____ del _____

Manifesta il proprio interesse ad aderire all'Elenco degli Operatori Distrettuali Accreditati per gli interventi di contrasto alla povertà operanti nel Terzo Settore da attivare sul territorio del Distretto RM 6.3 (Comuni di Marino e Ciampino), rendendosi disponibile a instaurare collaborazioni volte a favorire l'inclusione attiva e il contrasto alla povertà dei soggetti e/o dei nuclei familiari beneficiari dell'Assegno di Inclusione, nonché ai nuclei familiari e agli

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3
Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 6

ASL RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE

M



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

individui in simili condizioni di disagio economico, attraverso interventi di supporto nel settore socio-educativo e culturale di seguito meglio individuati.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47, 76, 77 bis, del DPR 445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA QUANTO SEGUE:

1. Di **Non trovarsi** in alcuna delle situazioni di esclusione di ordine generale descritte negli artt. 94 e 95 di cui al Dlgs. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici);
2. Di **essere in regola** con i contratti collettivi nazionali di lavoro, degli accordi sindacali integrativi, degli accordi provinciali, degli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti e delle disposizioni di cui alla Legge 68/99;
3. Di **essere in regola** / di **essere esenti** (indicare solo una delle due opzioni) con gli eventuali adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali (DURC).
4. Di **essere in regola** con la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D. Lgs 81/2008);
5. Di **disporre delle autorizzazioni** previste dalla normativa vigente e del personale adeguatamente qualificato in relazione alle prestazioni offerte.

ATTIVITÀ PROPOSTE

ai beneficiari dell'Assegno di inclusione, nonché ai nuclei familiari e agli individui in simili condizioni di disagio economico a valere sulla Quota Servizi Fondo Povertà:

- Assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità:
- interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio;
- Sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale
- Interventi di sostegno erogati a domicilio, in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale;
- Sostegno genitorialità;
- Mediazione Familiare.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3
Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 6

ASL RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

DICHIARA altresì

- di conoscere e accettare le condizioni previste nella manifestazione di interesse;
- che provvederà a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione alla situazione sopra rappresentata.

Allega:

- Copia del documento d'identità del dichiarante;
- Curriculum dell'Associazione
- N..... Schede Attività

Luogo _____ Data _____

Il Legale Rappresentante

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

SCHEDA ATTIVITA'

DETTAGLIO ATTIVITA'

(da compilare per ogni attività proposta):

Denominazione Intervento: _____

Descrizione:

Obiettivi:

Frequenza settimanale: _____

Costo intervento ad ora:

€ _____

Operatori Coinvolti

(indicare i profili professionali coinvolti nella realizzazione dell'attività)

Firma del legale rappresentante

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6