

ALLEGATO A

MODELLO DI DOMANDA DI ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO ai sensi della DGR 1638/2024, paragrafo 5 allegato 1

Al soggetto istituzionale competente per
l'ambito distrettuale alla concessione
dell'accREDITAMENTO Comune di Cento

OGGETTO: Domanda di accreditamento sociosanitario

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, in qualità di legale rappresentante di
(indicare la denominazione dell'ente /azienda, sede legale. P.I. e Codice Fiscale) _____

soggetto gestore del servizio *(indicare la denominazione del servizio per il quale si chiede l'accREDITAMENTO)*

con sede in *(indicare: la sede in cui si svolge il servizio - per il servizio di assistenza domiciliare indicare la sede operativa - l'indirizzo, il recapito telefonico della sede, l'indirizzo email e l'indirizzo PEC)* _____

presso un immobile in disponibilità in virtù di un titolo di *(indicare la tipologia di titolo: es. titolo di proprietà, di locazione ecc. Nel caso non si sia proprietari, specificare il soggetto proprietario e la scadenza del titolo in virtù del quale si dispone dell'immobile)* _____

quale soggetto gestore del servizio _____
(indicare solo uno tra casa-residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno assistenziale per anziani, assistenza domiciliare, centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili)

Accreditato ai sensi della DGR 514/2009, con atto rilasciato da *(indicare il soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale alla concessione dell'accreditamento, es. Comune, Unione di Comuni ecc.)*

Non accreditato ai sensi della DGR 514/2009

CHIEDE

Il rilascio dell'accreditamento del servizio sopra indicato, ai sensi della DGR 514/2009 e della DGR 1638/2024, per la seguente tipologia di servizio (*barrare la casella in corrispondenza del/i servizio/i in questione*):

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | casa-residenza per anziani non autosufficienti per _____ posti <i>(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)</i> , comprensivi della possibilità di: |
| <input type="checkbox"/> | inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009); |
| <input type="checkbox"/> | inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009); |
| <input type="checkbox"/> | un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE DGR 514/2009) per un numero di _____ posti; |
| <input type="checkbox"/> | un nucleo residenziale dedicato all'accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG DGR 514/2009) per un numero di _____ posti; |
| <input type="checkbox"/> | centro diurno assistenziale per anziani per _____ posti; |
| <input type="checkbox"/> | centro diurno assistenziale dedicato per demenze (allegato DF DGR 514/2009) per _____ posti; |
| <input type="checkbox"/> | assistenza domiciliare |
| <input type="checkbox"/> | centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili per _____ posti |
| <input type="checkbox"/> | centro socio-riabilitativo residenziale per disabili per _____ posti <i>(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)</i> , comprensivi della possibilità di: |
| <input type="checkbox"/> | un nucleo residenziale dedicato all'accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG DGR 514/2009) per un numero di _____ posti; |
| <input type="checkbox"/> | inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009); |
| <input type="checkbox"/> | inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009); |
| <input type="checkbox"/> | un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE DGR 514/2009) per un numero di _____ posti |

A tal fine e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

Sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- che il servizio per il quale si richiede l'accreditamento è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento del servizio *(solo se l'autorizzazione è prevista dalla normativa vigente, da non compilare per l'assistenza domiciliare)* _____
_____ in corso di validità *(citare estremi del provvedimento di rilascio autorizzazione)*
rilasciata da _____ in data _____
con atto numero _____ per numero complessivo di posti pari a _____;

- che il numero di posti per cui si richiede l'accreditamento coincide con il numero totale di posti autorizzati;

oppure

- che il numero di posti per cui si richiede l'accreditamento costituisce una unità organizzativa, assistenziale e strutturale autonoma;
- di assicurare la garanzia della responsabilità gestionale unitaria secondo quanto previsto dal paragrafo 4.2 dell'Allegato 1 della DGR 1638/2024 (in proposito si allega alla presente l'elenco del numero di operatori del servizio di che trattasi, per tipologia di rapporto - dipendenza diretta o dipendenza funzionale);
- di garantire ed impegnarsi a mantenere il rispetto dei requisiti di servizio di cui all'allegato D della DGR 514/2009 applicabili per il/i servizio/i per il/i quale/i si richiede l'accreditamento a decorrere dalla data del rilascio dell'accreditamento, e di garantire l'adeguamento ai requisiti di cui agli allegati dal n. 2 al n. 15 approvati dalla DGR 1638/2024, a decorrere dalla definizione del nuovo sistema di remunerazione ad essi correlato, con la gradualità e nei modi che verranno definiti, e l'accettazione della remunerazione che verrà per essi definita, pena la perdita dell'accreditamento e la risoluzione dell'eventuale correlato accordo contrattuale;
- di garantire ed impegnarsi a mantenere il rispetto dei requisiti soggettivi di cui al paragrafo 4.1 dell'allegato 1 della DGR 1638/2024;

- non sussistenza di cause ostative di cui al D.Lgs 159/2011 e s.m.i. e assenza di qualsiasi forma di esclusione o impedimento a contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi della vigente disciplina legislativa e regolamentare in materia;
- di applicare quanto previsto all'art. 11 del D.lgs. n. 36/2023, a pena di risoluzione dell'accordo contrattuale ossia applicazione, al personale impiegato nei servizi del contratto collettivo nazionale e territoriale in vigore per il settore e per la zona stipulato dalle associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale;
- che il contratto collettivo applicato al personale dipendente impiegato _____ presso la struttura/servizio o unità organizzative, assistenziali e strutturali autonome;
- di prestare idonee garanzie, in particolare contro il rischio delle responsabilità civili per danni a cose o a persone connessi all'attività svolta, mediante polizza assicurativa, secondo quanto previsto al paragrafo 4.1 dell'allegato 1 della DGR 1638/2024, *(indicare numero della polizza)* _____, contratta con *(indicare compagnia assicurativa)* _____, con decorrenza dal _____, scadenza al _____ e con i seguenti massimali _____

(Si chiede di allegare copia delle polizza RTC/RCO)

Data _____

Firma/e

ALLEGATO 1 – ELENCO DEL PERSONALE PER TIPOLOGIA DI RAPPORTO

Servizio _____

| Tipologia di operatore | N. di operatori | N. di operatori con rapporto di lavoro di dipendenza instaurato direttamente con il soggetto gestore | N. di operatori per cui sono attive altre forme che assicurano comunque la dipendenza funzionale dal soggetto gestore <i>(specificare il numero di operatori, ad esempio, con rapporto di somministrazione, di comando da altro ente ecc.)</i> |
|------------------------|-----------------|--|---|
| OSS | | | |
| Educatore | | | |
| Animatore | | | |
| Coordinatore | | | |
| RAA | | | |
| RAS | | | |
| Fisioterapista | | | |
| Infermiere | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Indicare il numero di operatori a tempo pieno equivalente (Full Time Equivalent)