

DOMANDA DI CONVENZIONAMENTO CON L'ASL CN1 DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO E DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ CORRELATE AL CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA (CRV) DI FOSSANO

IL SOTTOSCRITTO	
Sig./sig.ra	Data di nascita / /
Luogo di nascita	prov.
C.F.	
IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA	
<input type="checkbox"/> Associazione di Promozione Sociale (APS)	<input type="checkbox"/> Organizzazione di Volontariato (ODV)
Denominata	
C.F.	P. I.V.A.

RICHIESTE IL CONVENZIONAMENTO DELL'E.T.S. PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ CORRELATE AL CENTRO DI RIABILITAZIONE VISIVA (CRV) DI FOSSANO DI CUI AL BANDO ASL CN1 PROT. N.153402 DEL 28.11.2023

A TAL FINE, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, DICHIARA (ex art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

- di essere l'unico componente del Direttivo ad avere la legale rappresentanza dell'ETS
oppure
 che oltre al dichiarante hanno la legale rappresentanza dell'ETS anche i seguenti componenti del direttivo

	Cognome e nome	Data di nascita	Codice fiscale
1		/ /	
2		/ /	

(in questo caso le dichiarazioni ex art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 dovranno essere rese mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di ognuno di essi, v. modello allegato)

lo scopo e l'oggetto sociale dell'ODV/APS è attinente all'oggetto del presente avviso

l'assenza a proprio carico di condanne

oppure

che sono state pronunciate a proprio carico le seguenti condanne

(non devono essere autocertificate le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati)

l'inesistenza a proprio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata

oppure

l'esistenza a proprio carico delle/dei seguenti procedure/provvedimenti di fallimento, concordato preventivo o amministrazione controllata e delle seguenti (eventuali) riabilitazioni

di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e di non aver mai commesso gravi errori nell'esercizio della propria attività professionale

di non trovarsi nelle condizioni preclusive previste dall'art. 94-98 del D. Lgs. n. 36/2023

che l'ETS

è iscritta al n. _____ dal ___/___/___ al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) come da art. 45 del Codice del Terzo Settore e non ha procedure di cancellazione in corso

ha sede legale in _____ Via _____

ha sede operativa in _____ Via _____

ha dipendenti in numero di ____ ed è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, al regolare pagamento delle imposte, dirette ed indirette e delle tasse, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali,

oppure

non ha dipendenti e non è assoggettata alla normativa sulla regolarità contributiva

non ha subito l'applicazione di alcuna sanzione interdittiva di cui all'art.9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. 8.6.2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art.14 del D. Lgs. 81/2008 e all'art.5 della L. 123/07

(da compilare solo nel caso in cui l'ETS si avvalga di volontari) ha in corso di validità polizza di assicurazione dei volontari contro gli infortuni e le malattie connesse allo svolgimento dell'attività di volontariato, di cui di seguito si indicano gli estremi ed i costi:

COMPAGNIA ASSICURATRICE	POLIZZA NUMERO	TIPOLOGIA	MASSIMALE	COSTO ANNUALE	
				TOTALE	A VOLONTARIO
		RCT	€	€	€
		INFORTUNI	€	€	€

si impegna a garantire che le attività oggetto di convenzione verranno svolte nel rispetto dei diritti (con particolare riguardo a quello relativo alla riservatezza) e della dignità degli utenti e, ove previsti dalla normativa, degli standard organizzativi e strutturali di legge, accettando sin da ora la nomina a responsabile del trattamento

si impegna a garantire che le attività oggetto di convenzione verranno svolte da operatori in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea triennale o magistrale in materie attinenti allo specifico ambito di intervento (ad esempio, laurea in scienze della formazione primaria, scienze dell'educazione, psicologia, lauree umanistiche con specializzazioni, indirizzi afferenti le tematiche dell'educazione e altri)
- aver compiuto percorsi formativi specifici presso istituti di formazione riconosciuti, università o enti di comprovata esperienza in materia di disabilità visiva finalizzate ad acquisire competenze come tiflogo
- aver svolto nell'arco degli ultimi tre anni, anche in modo non continuativo, la funzione di tiflogo.

PROPOSTA PROGETTUALE AI FINI DELLA VALUTAZIONE

L'ETS:

è stata fondata nell'anno _____

radicamento nel territorio dell'ASL CN1 dal __/__/____

che il numero di volontari/aderenti iscritti all'ETS è _____

ha maturato le seguenti (documentabili) esperienze con il coinvolgimento di altre realtà territoriali nella riabilitazione visiva mediante personale specializzato (specificare dettagliatamente quali, l'anno e il luogo in cui sono state realizzate)

numero di ore settimanali garantite da parte di personale con la qualifica di tiflogo per le attività di cui all'art. 1, c.1: _____

numero di ore settimanali garantite da parte di volontari per le attività di cui all'art. 1, c. 2: _____

numero di volontari/aderenti messi a disposizione per le attività di cui all'art. 1, c. 2: _____

PREVISIONE DI SPESA

La previsione di spesa relativamente alle attività richieste con il presente avviso all'art. 1:

- costo orario del tiflogo (euro _____)
- costo annuale per 38 ore settimanali (euro _____).

ALLEGA

- un elenco nominativo, comprensivo di curriculum del personale chiamato a collaborare come "tiflogo";
- un elenco nominativo, comprensivo di codice fiscale, dei volontari/aderenti che verranno impiegati nelle attività di cui all'art. 1, comma 2.

DICHIARA di aver preso visione ed accettare integralmente quanto indicato nell'avviso.

RICHIEDE

che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso siano effettuate ad ogni effetto di legge al seguente indirizzo di posta elettronica/PEC: _____

<input type="checkbox"/> INDIVIDUA QUALE REFERENTE DELL'ETS	
<input type="checkbox"/> SE STESSO	
Tel. _____	e-mail _____
<input type="checkbox"/> IL SIG./LA SIG.RA	
Cognome e nome referente _____	
Tel. _____	e-mail _____

Data ___/___/___

Timbro dell'ETS e firma del dichiarante

Si allega fotocopia della carta d'identità dell'istante (se l'istanza non è firmata davanti al dipendente addetto o in modalità digitale)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

I dati personali dei quali l'ASL CN1 entrerà in possesso a seguito della presente procedura saranno trattati nel rispetto dei provvedimenti relativi alla Protezione dei dati personali, in riferimento in particolare al Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, al D.lgs. 196/2003 e s.m.i., alle Linee Guida e alle prescrizioni dell'Autorità Garante per la Protezione Dati Personali.

I dati personali saranno raccolti e trattati dall'ASL CN1 per le finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione del presente avviso di manifestazione di interesse; il loro trattamento sarà effettuato con l'ausilio di strumenti, anche elettronici, idonei a garantirne la sicurezza, la riservatezza, l'integrità e la disponibilità, con particolare riferimento ai rischi derivanti dalla distruzione, dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso in modo accidentale o illegale ai dati stessi, anche con riferimento alla loro conservazione successiva all'utilizzo, limitata alle finalità del trattamento stesso.