



**AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI**  
*Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio*  
**Sede legale e Operativa:** Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)  
**Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299**  
Mail: [segreteria@aziendasocialeclv.it](mailto:segreteria@aziendasocialeclv.it); PEC: [asclv@pec.aziendasocialeclv.it](mailto:asclv@pec.aziendasocialeclv.it)  
P.I. 02945720130

**DOMANDA DI  
ACCREDITAMENTO PER  
INTERVENTI E PRESTAZIONI EDUCATIVE, RIVOLTE A MINORI E PERSONE  
CON DISABILITA' DEL TERRITORIO, DA REALIZZARSI PRESSO SEDI  
SITUATE AL DI FUORI DELL'AMBITO TERRITORIALE DI MENAGGIO  
(FUORI DISTRETTO)**

Il/la sottoscritto/a .....nato a .....il ...../...../.....,  
Residente a .....via .....,  
Codice Fiscale .....,  
in qualità di Legale rappresentante della Coop./Associazione/Ente/Azienda  
.....,  
con sede legale in .....via .....,  
CF/Partita IVA n°. ....

**CHIEDE**

l'accreditamento della (coop./associazione/ente/azienda) ..... per fornire  
interventi e prestazioni educative rivolte a minori e persone con disabilità del territorio da realizzarsi presso  
sedi collocate al di fuori dell'ambito territoriale di Menaggio (fuori distretto)

A tale scopo,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

- ✓ di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione previste dall'artt. 94-98. D. Lgs. 36/23 attualmente in vigore;
- ✓ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ai sensi della L. 68/1999;
- ✓ l'insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'[articolo 67](#) del D. Lgs. 159/2011;
- ✓ che la Coop./Associazione/Ente/Azienda è iscritta a (Albo/Registro regionale/C.C.I.A.A.; Tribunale; Registro Prefettizio) ..... al n°. ....;
- ✓ che la Coop./Associazione/Ente/Azienda non si trova in alcuna delle situazioni ostantive alla conclusione di contratti con la pubblica amministrazione ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di lotta alla mafia;

- ✓ che lo scopo sociale (mission aziendale) della Coop./Associazione/Ente/Azienda è in linea con la specificità del settore;
- ✓ di essere in possesso di esperienza nel settore specifico da almeno un anno;
- ✓ le prestazioni professionali sono svolte da personale qualificato in relazione alla specificità delle prestazioni da erogare come previsto dai requisiti per l'accreditamento dalla normativa regionale vigente;
- ✓ di accettare le condizioni previste nel Patto di Accreditamento;
- ✓ che la Coop./Associazione/Ente/Azienda è in possesso dei requisiti organizzativo -gestionali come da autocertificazione allegata (Allegato 1).

Data .....

Il Legale Rappresentante

.....

Si allegano:

- 1) Copia della carta d'identità del legale rappresentante
- 2) allegato 1: Requisiti organizzativo – gestionali per l'accreditamento
- 3) allegato 2: Elenco nominativo del personale impiegato nel servizio
- 4) allegato 3: Scheda identificativa dell'organizzazione
- 5) allegato 4: Scheda identificativa dell'organizzazione da utilizzare come brochure informativa per l'utente

**LE DOMANDE DEVONO PERVENIRE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'AZIENDA SOCIALE**

**CENTRO LARIO E VALLI ENTRO E NON OLTRE LE**

**ORE 12.00 DI GIOVEDÌ 8 agosto 2024**

**(referenti dott.ssa Elisabetta Lietti e dott.ssa Cristina Minunzio)**