



**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**  
**L'ASSISTENZA A DOMICILIO DI SOGGETTI ANZIANI, DISABILI E FRAGILI**  
**L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE CHE SI**  
**AVVALGONO DI ASSISTENTE FAMILIARE**  
**L'ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA A FAVORE DI SOGGETTI**  
**ANZIANI, DISABILI E FRAGILI IN REGIME DI EMERGENZA**

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  
per fornire prestazioni sociali a favore di soggetti anziani, disabili e fragili

A tale scopo,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione previste dall'art. 80. D. Lgs. 50/16 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 ostative 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 MERCOLEDÌ 31 MAGGIO 2023**

**(referenti dott.ssa Elena Grismondi e dott.ssa Elisabetta Lietti)**