



**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

**RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER FORNIRE  
INTERVENTI CHE FAVORISCANO IL BENESSERE  
PSICOFISICO E SOSTENGANO LA VITA DI RELAZIONE DI ADULTI E ANZIANI CON  
DISABILITÀ CON APPOSITI PROGETTI DI NATURA SOCIALIZZANTE E/O DI  
SUPPORTO AL CAREGIVER  
E  
INTERVENTI DI NATURA EDUCATIVO/SOCIALIZZANTE CHE FAVORISCANO IL  
BENESSERE PSICOFISICO  
DI MINORI CON DISABILITÀ  
DESTINATARI DI VOUCHER  
(ex FNA-misura B2)**

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 che favoriscano il benessere psicofisico e sostengano la vita di relazione di adulti e anziani con disabilità con appositi progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver
- interventi di natura educativo/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico di minori con disabilità

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

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE CONSEGNATE A MANO PRESSO LA SEGRETERIA  
DELL'AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI ENTRO E NON OLTRE LE  
ORE 12.00 DI MERCOLEDI' 31 MAGGIO 2023  
(referente dott.ssa Elisabetta Lietti e dott.ssa Elena Grismondi)**