



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

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PER L'EFFETTUAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO ALUNNI DISABILI VOUCHERIZZATO

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
l'effettuazione del servizio trasporto alunni disabili voucherizzato per i seguenti percorsi (come da
Patto di Accreditamento):

- PERCORSO N°1
- PERCORSO N° 2

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,
nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti al
vero

DICHIARA

- 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;
- essere in regola con le norme previste dal Reg. UE 679/2016;
- 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).

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Reg. UE 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

luogo

(data)

(Firma del dichiarante)

Allegata fotocopia del documento di riconoscimento

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

LE DOMANDE DEVONO PERVENIRE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'AZIENDA

SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI ENTRO E NON OLTRE LE

ORE 12.00 DI VENERDI' 30 LUGLIO 2021

(referente dott.ssa Elisabetta Lietti)