

Avviso pubblico per l'erogazione di misure di sostegno agli enti o alle pubbliche amministrazioni che gestiscono strutture diurne e semiresidenziali per persone con disabilità.

ISTANZA DI CONTRIBUTO

Ai sensi degli artt. 46 e 47, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ssmmii,

Il sottoscritt _____, nato a _____, (Prov.____)
il _____ residente a _____ (Prov.____) Via
_____ cell. _____ in qualità di legale rappresentante

Dell'EntePubblico (es: Comune) _____ -

Della Pubblica Amministrazione (es: ASL) _____

(Indicare con una x nel quadratino il soggetto che presenta l'Istanza)

che gestisce:

direttamente

tramite convenzione

(Indicare con una x nel quadratino il tipo di gestione dell'ente o della pubblica amministrazione)

la struttura denominata _____ (riportare la denominazione completa della struttura che l'ente o la pubblica amministrazione gestisce direttamente o tramite convenzione)

TIPOLOGIA _____ (riportare una delle tipologie tra quelle elencate all'art. 4 dell'avviso) con sede in
_____ Via _____ n. _____, con

autorizzazione n. _____ del _____

accreditamento n. _____ del _____,

codice fiscale/partita IVA _____ indirizzo PEC
_____ PEO _____ telefono _____

avendo la struttura di cui sopra sostenuto maggiori spese derivanti dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID 19,

CHIEDE

di poter accedere alle misure di sostegno di cui al presente avviso per un importo complessivo di euro _____ come da dettaglio riportato nel Modulo 2.

DICHIARA

Che la struttura (riportare la denominazione completa della struttura che l'ente o la pubblica amministrazione gestisce direttamente o tramite convenzione) _____

_____ ; Tipologia _____ (indicare una delle tipologie tra quelle elencate all'art. 4 dell'avviso) :

- alla data del 17 marzo 2020 contava n. _____ disabili assistiti;
- ha sostenuto nel periodo 17 marzo 2020/31 luglio 2020 maggiori oneri derivanti dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti pari a euro _____;
- per gli stessi oneri sostenuti e dichiarati non ha usufruito di altre misure di sostegno pubblico;
- è in regola con tutti gli obblighi contrattuali, tributari, previdenziali riguardo il personale dipendente;
- rispetta e applica, nello svolgimento della propria attività, la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza e assicurazioni obbligatorie;

- è in possesso dell'autorizzazione o autorizzazione e accreditamento al funzionamento prevista dalle vigenti disposizioni di legge e resa ai sensi della medesima normativa.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di aver preso visione e di accettare il contenuto integrale dell'avviso pubblico in argomento;
- di essere a conoscenza di quanto disposto dagli articoli 75 (decadenza dei benefici) e 76 (sanzioni penali) del DPR 445/00;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, redatta in adempimento alle prescrizioni dettate dal regolamento UE GDPR n. 679/2016, e accorda il consenso affinché i propri dati e i dati forniti possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere sia allo svolgimento del procedimento, sia agli adempimenti di obblighi di legge;
- che, oltre alla presente istanza, sono state presentate ulteriori n° ____ richieste, ai sottoelencati Comuni e/o ASL per le tipologie e numero utenti indicati nelle tabelle allegate.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente istanza sia inviata al seguente indirizzo PEC _____.

Ai fini della validità della presente istanza e dichiarazione, allega al presente "Modulo 1- Istanza di contributo", la seguente documentazione di cui all'art. 7 dell'Avviso :

- **copia fotostatica di un documento di identità personale**, in corso di validità;
- **Modulo 2: elenco delle spese ammissibili.**

Il rappresentante legale

Comune _____ Prov. _____ Data _____

Tipologie di servizi/strutture/attività potenzialmente beneficiarie dell'indennità

Nr	Descrizione servizi/strutture semi-residenziali afferenti all'area sociale	Denominazione struttura	Comune in cui insiste la struttura/servizio	N° utenti ospitati alla data del 17/03/2020
1	Classificazione D1 – Centri di aggregazione sociale			
2	Classificazione D2 – Centri socio educativi diurni.			

Note per la compilazione: *inserire un rigo per ogni tipologia di struttura presente nel territorio di riferimento.*

ASL _____

Tipologie di servizi/strutture/attività potenzialmente beneficiarie dell'indennità

	Descrizione strutture semiresidenziali e diurne socio sanitarie	Denominazione struttura	Comune in cui insiste la struttura/servizio	N° utenti ospitati alla data del 17/03/2020
1	Centro diurno a valenza socio-riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità.			
2	Centro di riabilitazione globale diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.			
3	Centro ambulatoriale di riabilitazione globale.			
4	Centro diurno per sofferenti mentali (CDSM);			
5	Struttura semi residenziale psichiatrica per minori ed adolescenti per trattamenti a carattere estensivo (SRMAE)			
6	Centro per i disturbi del comportamento alimentare (CDCA)			
7	Struttura semi-residenziale per i disturbi dello spettro autistico			
8	Centro semi-residenziale di pronta accoglienza, osservazione e orientamento; prima definita Centro semiresidenziale di prima accoglienza			
9	Servizio semi-residenziale pedagogico riabilitativo			
10	Servizio semi-residenziale terapeutico riabilitativo; prima Servizi semiresidenziali territoriali riabilitativi			
11	Centro Diurno Integrato; prima Centro Diurno			
12	Centro diurno per pazienti Alzheimer e/o con demenze			

Note per la compilazione: inserire un rigo per ogni tipologia di struttura presente nel territorio di riferimento.

