**ALLEGATO C) – Domanda di iscrizione all’Albo**

Al **C.I.S.A. OVEST TICINO**

Via Gambaro Battista n. 47

28066 Romentino (NO)

**PEC** protocollo.cisaovesticino@cert.ruaprpiemonte.it

**OGGETTO**: Albo degli operatori accreditati fornitori di servizi di accoglienza per minori, con o senza madre, minori stranieri non accompagnati, donne vittime di violenza, giovani adulti con proseguo amministrativo, servizio per l’erogazione di Luoghi Neutri.

Il sottoscritto (cognome e nome) ………………

Nato a ……… prov …… il

Residente a prov. ………………………

in via ………………………………………………………………………………………………………… n …

legale rappresentante dell’Ente Fornitore ……………………….…………………….…………... con sede a ……………………………………………………..………. prov. ……………………… in via ………………………………………………………………………………………………… … n. ……..…… recapiti telefonici ……………………………………………………………………………………………..… indirizzo PEC ……………………………………………………………………………………………..…….

C H I E D E

l'iscrizione nell’Albo degli operatori accreditati fornitori di servizi in oggetto per il periodo dal 01/03/2023 al 31/12/2025 e per le seguenti strutture:

|  |  |
| --- | --- |
| tipologia accoglienza (specificaresesso, fasce d’età e tipologia diminori) |  |
| denominazione |  |
| indirizzo |  |
| telefono fax |  |
| e- mail - PEC |  |
| titolo di possesso(proprietà, usufrutto, locazione, ecc.) |  |
| riferimenti autorizzazioneall’esercizio ed eventualeaccreditamento (allegare copie) |  |

retta giornaliera onnicomprensiva (indicare la retta al netto di IVA ed eventuale aliquota da applicare) eventuali prestazioni aggiuntive comprese nella retta proposta

Costi di eventuali prestazioni aggiuntive non ricomprese nella retta:

Tipologia Costo

……………………………………………………………………… …………………………………..

……………………………………………………………………… …………………………………..

Eventuali modalità innovative di cui al Punto 6 delle Linee Guida (allegare progetto):

……………………………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………………………..….………………………………………………………………………………………………………………….….. ……………………………………………………………………………………………………………….……..

|  |  |
| --- | --- |
| tipologia accoglienza (specificaresesso, fasce d’età e tipologia diminori) |  |
| denominazione |  |
| indirizzo |  |
| telefono fax |  |
| e- mail - PEC |  |
| titolo di possesso(proprietà, usufrutto, locazione, ecc.) |  |
| riferimenti autorizzazioneall’esercizio ed eventualeaccreditamento (allegare copie) |  |
| retta giornaliera onnicomprensiva(indicare la retta al netto di IVA edeventuale aliquota da applicare) |  |
| eventuali prestazioni aggiuntivecomprese nella retta proposta |  |

Costi di eventuali prestazioni aggiuntive non ricomprese nella retta:

Tipologia Costo

……………………………………………………………………… …………………………………..

……………………………………………………………………… …………………………………..

Eventuali modalità innovative di cui al Punto 6 delle Linee Guida (allegare progetto):

…………………………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………………………..
…………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| tipologia accoglienza (specificaresesso, fasce d’età e tipologia diminori) |  |
| denominazione |  |
| indirizzo |  |
| telefono fax |  |
| e- mail - PEC |  |
| titolo di possesso(proprietà, usufrutto, locazione, ecc.) |  |
| riferimenti autorizzazioneall’esercizio ed eventualeaccreditamento (allegare copie) |  |
| retta giornaliera onnicomprensiva(indicare la retta al netto di IVA edeventuale aliquota da applicare) |  |
| eventuali prestazioni aggiuntivecomprese nella retta proposta |  |

Costi di eventuali prestazioni aggiuntive non ricomprese nella retta:

Tipologia Costo

……………………………………………………………………… …………………………………..

……………………………………………………………………… …………………………………..

Eventuali modalità innovative di cui al Punto 6 delle Linee Guida (allegare progetto):

………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………..

3

A tal fine

D I C H I A R A

* di accettare integralmente e senza riserva alcuna le “Linee Guida per l’inserimento nell’Albo degli operatori accreditati fornitori di servizi di accoglienza per minori e per madri con minori, minori stranieri non accompagnati, donne vittime di violenza, giovani maggioranni in proseguo amministrativo”;
* di accettare integralmente e senza riserva alcuna tutte le disposizioni contenute nell’Avviso Pubblico per l’inserimento nell’Albo degli operatori accreditati fornitori di servizi di accoglienza per minori, con o senza madre;
* che il personale operante nelle strutture sopra indicate è regolarmente assunto ed in regola in ordine agli adempimenti assicurativi e previdenziali;
* di impegnarsi a mantenere i requisiti previsti per l’accreditamento e a comunicare ogni eventuale variazione;
* che ai sensi dell’art.11 dell’accordo contrattuale il nominativo e i numeri telefonici di uno o più referenti del servizio che dovranno essere sempre reperibili da parte del Consorzio CISA OVEST TICINO in tutti i giorni feriali sono i seguenti:
* ……………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

Allega la dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n.445 (Allegato B), copia
dell’Atto costitutivo e dello Statuto aggiornato e fotocopia del documento d’identità in corso di
validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante dell’Ente Gestore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4