

ALL'UFFICIO DI PIANO

DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALLIPOLI

AVVISO PUBBLICO PER LA RACCOLTA DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE FINALIZZATO A RILEVARE EVENTUALI SOGGETTI DISPONIBILI A COLLABORARE CON L'AMBITO DI GALLIPOLI, PER REALIZZARE AZIONI VOLTE ALLA PROMOZIONE DI PERCORSI DI ASSISTENZA ALLA SOCIALIZZAZIONE DEDICATI AI MINORI E ALL'ETA' DI TRANSIZIONE , FINO AI 21 ANNI DI ETA', CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Il sottoscritto in qualità di _____ (presidente, rappresentante legale...)
del soggetto /Ente C.F./P.I. _____ nato
a _____ prov. _____ il _____ residente a
_____ CAP _____ Via _____ n. _____ tel. _____ n.
cell. _____ e-mail _____
pec _____

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto proponente _____ con sede legale
in _____ alla via _____ n. _____ cap. _____ .P.Iva _____
CF _____ email _____ pec _____

Avendo preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto,

CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco dell'Ambito Sociale di Gallipoli per la realizzazione di attività /laboratori ludici, sportivi , culturali , per minori e maggiorenni fino all'età di transizione di ventuno anni con disturbo dello spettro autistico, compatibile con età e i 3 livelli di gravità (secondo il DSM-5), a beneficio delle famiglie che successivamente opzioneranno l'offerta.

COMUNICA

Le sede _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 47 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art 75 del medesimo DPR , per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazione mendaci.

DICHIARA, INOLTRE

Di conoscere, aver preso visione ed accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni, gli oneri e gli impegni indicati nell'Avviso in oggetto ed il mantenimento degli stessi per lo svolgimento delle attività proposte , ed in particolare:

- Di rispettare in maniera puntuale e rigorosa , per le attività proposte, i criteri di seguito indicati:
 - a) Accessibilità;
 - b) Principi di igiene e pulizia;
 - c) Presenza in dotazione organica di personale impiegato in possesso di comprovata esperienza nell'ambito del Disturbo dello Spettro Autistico ed in possesso di titolo di studio e qualifica adeguati, in numero adeguato in relazione agli utenti coinvolti;
 - d) Provvedere alla copertura assicurativa di tutto il personale coinvolto , e degli utenti;

DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE A CONOSCENZA

Che qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione , il dichiarante iscritto all'elenco decade dal diritto dei benefici correlati alla dichiarazione mendace , ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000, ed incorre nelle sanzioni previste dal successivo art. 76 ed in quelle disposte dal Codice Penale per il reato di falso;

di tutte le norme e condizioni relative alla presente domanda e si impegna a produrre la documentazione che l'Ambito di Gallipoli riterrà necessario acquisire , nonché a fornire ogni notizia utile nei termini e modalità richiesti;

che l'Ufficio di Piano, in sede di istruttoria, potrà esperire accertamenti tecnici e documentali.

A tal fine, allega:

- Progetto del servizio offerto;
- Dichiarazione in possesso de requisiti , redatta secondo l'Allegato 1;
- documento di identità in corso di validità;

Luogo e data_____

Firma_____