

- Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);
 - Assenza di stato di fallimento;
 - Assenza di liquidazione coatta;
 - Assenza di concordato preventivo;
 - Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo.
 - Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art.67, comma 2, del D.Lgs. 6 settembre 2011, n°159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli.
- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici previsti dalle DDGR di riferimento
- dell'abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE).....
- dell'accreditamento:** provvedimento n°..... del rilasciato da (specificare)

COMUNICA

la propria disponibilità e interesse per l'anno 2023

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della DGR n. XI/7751/22, attraverso l'attivazione, nei limiti delle risorse disponibili, di prestazioni/attività in voucher per la realizzazione di progetti volti al miglioramento della qualità della vita di persone in condizione di disabilità gravissima.

DICHARA ALTRESI' DI IMPEGNARSI

- 1- al rispetto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse, prevista ai sensi della DGR n. XI/7751/22, per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Sociosanitari a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie,
- 2- ad erogare la/e tipologia/e di Voucher, indicati nella tabella sotto riportata, secondo le modalità e i requisiti di cui alla DGR n. XI/7751/22, indicando inoltre il Distretto dell'ASST(*) di erogazione tenuto conto che nel caso del Voucher Autismo dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento.

<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIO SANITARIO ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIO SANITARIO MINORI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIO SANITARIO DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA	<input type="checkbox"/> VOUCHER AUTISMO <small>(Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 7751/22 non residenti ne territorio afferente all'ATS XXXXXX)</small>
Distretto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Distretto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Distretto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Distretto (dove opera in via prioritaria) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(*) **ASST Brianza** (Distretto di: Carate, Desio, Monza, Seregno, Vimercate)
ASST Lecco (Distretto di: Bellano, Lecco, Merate)

- Che in qualità di Ente erogatore ADI si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola nei Distretti di:
-
 -
 -
 -

DICHIARA INFINE

che il volume di prestazioni mensili che l'Ente può erogare è pari a:

- a. N° _____ voucher sociosanitario
- b. N° _____ voucher autismo.

Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante

ALLEGA:

- ▶ Copia del documento d'identità del Legale rappresentante in corso di validità nel caso di firma olografa.
- ▶ Documentazione comprovante i requisiti richiesti previsti al punto 1 dell'Avviso, in particolare per quanto riguarda il:
 - a) VOUCHER SOCIOSANITARIO**
 - Relazione sulla specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore.
 - Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione della disabilità gravissima unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.
 - b) VOUCHER AUTISMO**
 - Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher Autismo verrà svolto all'interno della struttura in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura.
 - Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione dell'autismo unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione
 - Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.