

- 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
- di essere in possesso **dell'abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE).....
- di essere in possesso **dell'accreditamento**: provvedimento n°..... del
- rilasciato da (specificare)

COMUNICA la propria disponibilità e interesse per l'anno 2024

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della DGR n. XI/1669/23 e ss. mm. ii, 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.

DICHIARA ALTRESI' DI IMPEGNARSI

- 1- al rispetto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse, prevista ai sensi dalla DGR n. XI/1669/23 e ss. mm. ii, 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/1669/23 e ss. mm. ii, indicando inoltre l'ASST-Ambiti territoriali 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 SOCIOSANITARIO ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO MINORI	<input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIOSANITARIO 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 Brianza)</small>
ASST-Distretti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ASST-Distretti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ASST-Distretti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ASST-Distretti <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)

Quanto indicato per tipologia di voucher e Distretti di erogazione potrà essere integrato successivamente previa comunicazione formale alla SC Area Anziani.

Che in qualità di Ente Erogatore ADI si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola.

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.
- ▶ 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.
 - Elenco di tutte le figure professionali previste con relativi curriculum.
 - 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.
 - Elenco delle figure professionali coinvolte con i relativi curriculum.
 - Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.