**ALLEGATO B**

**determina 241 del 16/7/2020**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19**

COMUNE DI GRAVINA DI CATANIA

UFFICIO AUTONOMO INTERCOMUNALE

ISCRIZIONE N. 1 DEL 16/07/2020

**SCHEMA DI PATTO DI ACCREDITAMENTO.**

CON ENTI DEL TERZO SETTORE PER L’ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO NEI SERVIZI NON TIPIZZATI DALLA L.R. 22/86

**PREMESSO** che la legge nazionale N. 328 “Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” - recepita con le “Linee Guida per l’attuazione del Piano Socio sanitario della Regione Siciliana” DPRS del 4 Novembre 2002 e dall’Indice Ragionato per la Stesura del Piano di zona ha dato ampia rilevanza all’Istituto dell’accreditamento per l’erogazione dei servizi alla persona, al fine di definire e standardizzare l’offerta del territorio;

**DATO ATTO** che è necessario ampliare ,nel territorio distrettuale,   l'offerta dei servizi   e degli enti non profit  in risposta anche alle  nuove Emergenze Sociali e che una delle priorità dell' Ufficio autonomo intercomunale è quella di implementare i servizi , nell'ottica di governance inclusiva, perseguendo l'obiettivo  di rispondere alle nuove marginalità sociali, coniugando le forme di intervento previste dalla normativa regionale e statale  vigenti in materia, con la necessità di diversificare le modalità operative.

**REPUTATO OPPORTUNO**,al fine di  sostenere   i servizi utili ad affrontare le Emergenze Sociali,  attraverso l'erogazione di servizi ed interventi volti a soddisfare esigenze fronteggiando  forme e   condizioni di marginalità  e/o fragilità sociale, sia di tipo primario che di tipo complesso, in soggetti che necessitano   assistenza,  anche  non riconducibili a servizi attualmente erogati attraverso il sistema dell'accreditamento distrettuale ex L.R. 22/86, attivare forme di accreditamento che rispondano alle nuove esigenze prima riportate;

**CONSIDERATO CHE**  la costituzione della long list ha come obiettivo quello di prevedere   forme sperimentali e non di assistenza sociale in favore di disabili, anziani, minori, famiglie ed adulti   attraverso l'assegnazione di  voucher di servizio

**DATO ATTO CHE** la formula ricercata attraverso la long list e’ quella di un ampio coinvolgimento del TERZO SETTORE privato al fine dei realizzare forme di “cogestione” delle NUOVE FORME E CONDIZIONI DI MARGINALITA’ SOCIALE nella consapevolezza che non è solo il risparmio di spesa l’obiettivo da raggiungere ma anche il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e l’innovazione dell’organizzazione Amministrativa in una logica di ricerca permanente di sinergie tra il soggetto pubblico ed i possibili soggetti privati da coinvolgere.

**TRA**

La Responsabile dell’Ufficio Autonomo Speciale Piano di Zona, d.ssa SCALIA GIUSEPPA, nata SAN GREGORIO DI CATANIA il 27/02/1966, cod. fisc. SCL GPP 66B67 H400P, domiciliata per la carica presso il Comune di Gravina di Catania Capofila del Distretto socio-sanitario 19 cod. fisc. 80006830873 come sopra generalizzato, la quale interviene nel presente atto in nome per conto del distretto stesso e dei 13 Comuni che lo compongono e che aderiscono ai contenuti in esito alla deliberazione Comitato dei Sindaci approvata in data 18/04/2018 e segnatamente Comuni di:

Gravina di Catania, Pedara, Nicolosi , San Giovanni La Punta, Valverde , San Gregorio di Catania , Tremestieri Etneo, Mascalucia , San Pietro Clarenza, Camporotondo Etneo, Trecastagni , Viagrande, Sant’Agata Li Battiati

**E**

il Sig ......................................... nato a .................. il ......................... res.te a ............................ – VIA ................................ n....... cod.fisc. ............................. n.q.di Legale rappresentante p.t. Società cooperativa sociale ............................con sede legale in .......................... -CT- Via ................................. n. Partita Iva ............................. iscritta al n. ....... del

□ Registro nazionale delle ONLUS (indicare numero e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Registro regionale Enti di promozione sociale - Art.64 L.R.n.9/2015 (indicare numero e data)

□ Registro regionale Associazioni di solidarietà familiare- Art. 16 L.R.n.20/2003 (numero e data)

□ Registro generale regionale Organizzazioni del volontariato - Artt.6 e 7 L.R.n.22/94( numero e data)

□ Registro regionale Assistenti familiari - Art.2 D.A. n. 807 del 22.04.2010 (indicare numero e data)

□ Altro (albo, iscrizione Camera di commercio, Ordine prof, ecc) --------------------

(di seguito definito soggetto accreditato)

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

**ART. 1 OGGETTO**

Il presente Patto di Accreditamento disciplina i rapporti tra il Distretto socio-sanitario D19 ed il soggetto accreditato rispetto all’erogazione di uno o più servizi/interventi personalizzati come indicati in premessa.

Il presente Patto, per la particolarità del modulo organizzativo, come sopra indicato, è da intendersi “aperto” in relazione alla quantità di voucher di servizio prestazionali ed ai costi correlati alla esecuzione di ciascun servizio indicato nelle sotto elencate tipologie di utenti :

1) MINORI

2) ANZIANI

3) INABILI (MINORI ED ADULTI)

4) MULTIUTENZA

**ART. 2 OBBLIGHI DEL SOGGETTO ACCREDITATO**

Il Soggetto accreditato dichiara:

a) di conoscere ed accettare incondizionatamente oneri e vincoli esplicitati nell’avviso di manifestazione di interesse alla costituzione di una long list con i relativi allegati che s’intendono recepiti in ogni loro parte e contenuto;

b) di mantenere i requisiti di accreditamento e gli standard di qualità previsti per il servizio, così come definiti nella manifestazione di interesse alla costituzione della long list dei soggetti accreditati

Il soggetto accreditato si impegna, per tutte le tipologie di utenti indicati all’art.1 (limitatamente alla categoria per cui si è chiesta l’iscrizione) , a :

1. svolgere gli interventi su Progetti Assistenziali Individualizzati come declinati nel disciplinare di manifestazione di interesse ed all’art.1 del presente Patto per cui si è accreditato, per l’intero arco temporale del servizio, su mandato dell’interessato o dell’esercente la potestà genitoriale in caso di minori previa erogazione dei voucher, tramite la sottoscrizione di **un progetto personalizzato**, con i servizi sociali del Comune di residenza dell’assistito

2. garantire l’immediata comunicazione al servizio sociale di riferimento, di qualsiasi evento di carattere straordinario riguardante l'andamento del servizio nonché delle eventuali difficoltà dei rapporti tra il soggetto accreditato e il fruitore dell’intervento;

3. fornire al Servizio Sociale di riferimento elementi di conoscenza rispetto all’andamento quali-quantitativo del servizio;

4. informare il Distretto di ogni nuova iniziativa a carattere pubblico che sia in qualsivoglia modo utile e/o connessa all’esecuzione del servizio, illustrandone finalità, contenuti e modalità,al fine di poterne valutare l’inserimento fra le attività realizzabili in seno al sistema progettuale del Distretto Socio Sanitario 19.

**ART.3 MODALITA’ DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO**

Per la realizzazione delle tipologie di servizi relativi alle categorie di utenti di cui all’art. 1 concorrono in azione sinergica i seguenti attori :

**SOGGETTO ACCREDITATO** che si impegna a:

PROGRAMMARE,REALIZZARE E GESTIRE gli interventi individuali con il Servizio Sociale di riferimento, con gli esercenti la potestà genitoriale o con i fruitori, restando in capo ai servizi sociali la titolarità dei singoli progetti;

SOTTOSCRIVERE con il Comune di residenza dell’utenza, il “progetto personalizzato”, inteso come protocollo operativo che preveda di:

\* EFFETTUARE la presa in carico della persona in collaborazione con il servizio sociale di base;

\* DEFINIRE il progetto e la verifica periodica dello stesso, redazione di relazione ogni sei mesi sull’andamento generale, trasmissione al Comune dei dati necessari all’assolvimento di ogni debito informativo

\* FORNIRE ai servizi sociali che hanno attivato i voucher:

- una relazione socio-educativa descrittiva dei singoli interventi e di valutazione sull’andamento del singolo progetto ogni sei mesi o più frequentemente su richiesta motivata del Servizio Sociale;

- una relazione a consuntivo finale sulle attività e l’organizzazione;

Il progetto personalizzato sarà sottoscritto unitamente agli operatori del Servizio Sociale Professionale del Comune interessato, agli utenti o loro familiari. Esso costituisce un’assunzione di responsabilità e una condivisione nei confronti degli obiettivi e delle attività individuate,**in forma di corresponsabilità nella progettazione,attuazione e controllo del progetto sociale.**

**DISTRETTO**

Ha compiti di coordinamento dei progetti gestiti in maniera centralizzata, collabora con i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto socio sanitario 19, ed in particolare ha il compito di

\* SOTTOSCRIVERE con l’ente accreditato,il “Patto di Accreditamento”, come descritto all’art 1 che precede

\* EROGARE i voucher e atti consequenziali, ivi inclusa la liquidazione degli stessi

Per garantire il raccordo e l’integrazione fra i diversi soggetti coinvolti nella realizzazione del servizio/intervento, per le tipologie di fruitori, qualora il Servizio Sociale richieda l’intervento mediatore o di coordinamento del Distretto Socio Sanitario promuove:

1. incontri di verifica dei progetti tra Assistente Sociale di riferimento, operatori del soggetto accreditato e destinatari dell’intervento;

2. incontri di verifica di gestione del/dei casi singoli tra l’assistente sociale di riferimento e il referente del soggetto accreditato, in caso di problemi, difficoltà, emergenze, ma anche a campione;

3. incontri di verifica complessiva del Servizio nel distretto tra il responsabile dell’ufficio di piano o suo delegato e i responsabili dei Soggetti accreditati, almeno uno all’anno.

**SERVIZIO SOCIALE DI RIFERIMENTO** che si impegna a :

\* REDIGERE il progetto personalizzato in collaborazione con il soggetto accreditato ed il beneficiario dell’intervento o suo referente familiare (esercente la potestà,tutore,curatore etc.) .

\* AUTORIZZARE l’avvio del servizi

\* RELAZIONARE al Distretto in esito all’andamento del progetto secondo le medesime scadenze previste per il soggetto accreditato e, in ogni caso, rendere a fine servizio idonea attestazione.

\* PROGRAMMARE gli interventi nel proprio Comune all’interno della rete comunale dei servizi

\* PROMUOVERE LA INTEGRAZIONE TRA I VARI ENTI

\* FORNIRE al Distretto Socio sanitario dati aggregati funzionali alla programmazione, gestione e monitoraggio delle attività distrettuali

**ART. 4 REMUNERAZIONE DEL SERVIZIO**

La remunerazione del servizio avverrà tenuto conto delle figura professionali impiegate, secondo la tipologia contrattuale applicata alle stesse, e del piano economico dei costi presentato dal soggetto accreditato in sede di definizione del progetto personalizzato.

In ogni caso non sarà possibile superare il budget assegnato dalla programmazione distrettuale.

**ART. 5 OBBLIGHI VERSO L’UTENZA – LIBERTA’ DI SCELTA DELL’ASSISTITO**

a) L’utente, o persona autorizzata alla sua rappresentanza a norma di legge (esercente la potestà,tutore,curatore etc.), sceglie liberamente dalla LONG LIST degli enti iscritti il soggetto accreditato a cui rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni.

Qualora subentrino reali motivi di insoddisfazione durante l'erogazione delle prestazioni medesime, ha la facoltà di scegliere un altro ente accreditato.

In ogni caso, l’assistito o uno dei suoi familiari comunicherà, per iscritto, all’ufficio preposto la volontà di scelta o di modifica del fornitore della prestazione di servizio

L'ente accreditato nulla avrà a pretendere dalla amministrazione comunale per non essere stato scelto da alcun utente

b) Lo svolgimento delle prestazioni offerte verrà garantito ed adeguato prontamente alle mutevoli necessità di soggetti in condizione di fragilità sociale attraverso personale qualificato e ritenuto idoneo a svolgere le relative funzioni , previo raccordo con il Servizio Sociale Professionale di riferimento con cui occorrerà procedere alla modifica del progetto personalizzato;

c) Il personale adibito ai servizi/interventi verrà monitorato al fine di assicurare che lo stesso osservi comportamento improntato alla massima correttezza e ad agire in ogni occasione con la diligenza professionale del caso; è fatto espresso divieto al personale di richiedere/accettare compensi di qualsiasi natura dai soggetti “fruitori ”;

d ) Il soggetto accreditato dovrà predisporre adeguata polizza assicurativa, a favore dell’utente, per i danni che dovessero occorrere agli stessi i o a terzi nel corso dello svolgimento di specifiche forme di servizio, che potrebbero comportare rischi specifici.

**ART. 6 OBBLIGHI VERSO IL PROPRIO PERSONALE**

Tenuto conto della peculiarità del settore in cui opera tale patto,il soggetto accreditato si impegna a :

\* comunicare al Servizio sociale professionale del Comune di residenza dell'assistito, i nominativi e relativi titoli professionali degli operatori prescelti in funzione delle prestazioni da erogare agli utenti, secondo i dettami stabiliti dal progetto personalizzato e dal presente patto;

\* assicurare che il proprio personale sia sottoposto ad un idoneo regime contrattuale retribuendolo in misura non inferiore a quella stabilita dal CCNL prescelto ed assicurando l’assolvimento di tutti gli conseguenti previdenziali, contributivi, assicurative e fiscali;

\* garantire la immediata sostituzione del personale per qualsiasi motivo assente, nonché di quello che non dovesse risultare idoneo, per qualsivoglia motivo, allo svolgimento del servizio stesso; le eventuali sostituzioni dovranno essere comunicate al Responsabile Servizi sociali del Comune;

\* assicurare il personale addetto contro gli infortuni ,obbligandosi,altresì, a far osservare scrupolosamente le norme antinfortunistiche e a dotarlo di tutto quanto necessario promuovendo la partecipazione a idonei corsi di formazione per la sicurezza sul lavoro ,anche organizzati in via diretta.

**ART. 7 OBBLIGHI VERSO IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO**

Il soggetto accreditato è responsabile nei confronti dell’Ufficio di Piano dell’esatto adempimento delle prestazioni oggetto del Patto. E’ altresì, responsabile nei confronti dell’ufficio di piano e dei terzi dei danni di qualsiasi natura, materiali o immateriali, diretti ed indiretti, causati a cose o persone e connessi alla mancata esecuzione o rispetto del Patto, anche se derivanti dall’operato dei suoi dipendenti e collaboratori.

È fatto obbligo al soggetto accreditato di mantenere l’Ufficio di Piano e i servizi sociali dei Comuni sollevati ed indenni da richieste di risarcimento dei danni e da eventuali azioni legali promosse da terzi.

Il soggetto accredito dichiara di aver stipulato apposita polizza assicurativa, per i rischi in oggetto,come indicato in dettaglio agli artt.5 e 6 del presente patto

**ART.8 VALIDITA’ DEL PATTO**

Il presente Patto ha validità dalla data di sottoscrizione del presente atto fino alla successiva revisione dello stesso.

L'Efficacia del presente patto di accreditamento resta comunque subordinata all’effettivo permanere in capo al soggetto accreditato dei requisiti di accesso indicati dall’avviso manifestazione di interesse .

La ditta può dichiarare formale rinuncia all'accreditamento con preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso resta onerata della conclusione dei progetti /servizi eventualmente ancora in corso. Tale norma non trova applicazione in caso di perdita dei requisiti rispetto al quale la cancellazione dalla long list ha effetto immediato.

**ART. 9 CAUSE SOPRAVVENUTE SOSPENSIONE**

Per motivi di pubblico interesse o per fatti sopravvenuti non imputabili ai servizi sociali dei Comuni o all’ufficio di piano, quest’ultimo sospenderà l’esecuzione delle prestazioni per tutta la durata della causa ostativa. Decorso il tempo di 90 giorni è facoltà del soggetto accreditato recedere dal Patto senza diritto ad indennizzo alcuno, fatto salvo il pagamento delle prestazioni rese.

**ART. 10 MODIFICA DEGLI ASSETTI SOCIETARI**

Il soggetto accreditato è tenuto a comunicare tempestivamente al Distretto ogni modificazione intervenuta negli assetti societari, nella struttura organizzativa e negli organismi tecnici e amministrativi.

**ART. 11 VIGILANZA E CONTROLLI**

L’Ufficio di Piano provvederà ad effettuare i controlli, in qualsiasi momento, rispetto al mantenimento dei requisiti minimi inderogabili e dei requisiti di qualità soggettivi per l’accreditamento richiesti e previsti nell’Avviso ed alle caratteristiche presenti nell’offerta progettuale dell’accreditato. A tal fine potrà utilizzare le modalità di verifica e controllo ritenute più adeguate rispetto alla specificità del servizio, anche avvalendosi di soggetti esterni indipendenti e qualificati. I controlli saranno effettuati tramite richiesta di produzione di documentazione o tramite la convocazione dei referenti interessati e/o tramite sopralluogo presso la struttura da accreditare. L’Ufficio si riserva, comunque, la facoltà di effettuare sopralluoghi di verifica in sede. Le attività di verifica potranno essere effettuate da personale appositamente autorizzato, in ciascun momento e senza obbligo di preavviso.

Ai sopralluoghi dovrà partecipare il Rappresentante Legale o suo delegato, il coordinatore del servizio e una rappresentanza del personale.

**ART.12 SISTEMI DI MONITORAGGIO DELLA QUALITA’**

L’Ufficio di Piano si riserva la facoltà di monitorare e incentivare lo sviluppo e la diffusione di prestazioni di qualità tra i soggetti accreditati.

L’Ufficio di Piano stesso si riserva, inoltre, di richiedere ogni utile informazione necessaria ai fini di individuare anche con il supporto di metodi statistici il maggior valore degli interventi percepito dai soggetti interessati.

**ART. 13 CAUSE DI RISOLUZIONE**

Il presente Patto può essere risolto, con effetto immediato, nei seguenti casi:

a) Gravi violazioni degli obblighi previsti nel patto e nei criteri di accreditamento;

b) Impiego di personale professionale non idoneo, non qualificato e non in possesso di regolare contratto di lavoro;

c) esiti negativi delle verifiche periodiche in attuazione delle funzioni di vigilanza e controllo da parte dell'Ufficio di Piano

d) Mancata attivazione di interventi richiesti per n. 3 volte consecutive in un anno solare.

e) perdita anche solo di uno dei requisiti richiesti dal Bando per l’accreditamento.

f) gravi inosservanze delle norme legislative, regolamentari e deontologiche;

g) per tutte le cause previste dagli artt.1453 e segg. Cod.Civ. (risolubilità del contratto per inadempimento )

Qualora ricorra una delle ipotesi di risoluzione si procederà a formale notifica di avvio del procedimento di cancellazione dalla Long List; il soggetto accreditato avrà tempo 10 giorni per fornire spiegazioni che, se ritenute esaustive, definiranno il procedimento dando luogo solo alle penalità indicate nel presente Patto.

**ART. 14 OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI**

Per ogni altra prescrizione non esplicitamente citata nel presente Patto si fa rinvio alle leggi e regolamenti in vigore.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali, incidenti sul contenuto del Patto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato, previa adeguata informazione fra le Parti.

**ART. 15 SPESE**

Tutte le spese e diritti del presente atto, inerenti e conseguenti, ivi comprese le imposte e le tasse relative fino alla sua completa esecuzione, sono a carico dell’accreditato.

**ART. 16 SOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE**

Eventuali controversie relative al presente Patto, o comunque allo stesso anche indirettamente connesse, saranno definite dall’Autorità Giudiziaria del foro di Catania

**ART. 17 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 (di seguito “Codice Privacy”) e dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito “GDPR 2016/679”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

L’accreditato è designato quale Responsabile del trattamento dei dati personali che saranno raccolti in relazione all’espletamento del servizio e si obbliga a trattare i dati esclusivamente al fine dell’ espletamento del servizio.

L’accreditato dichiara di conoscere gli obblighi previsti dalla predetta legge a carico del responsabile del trattamento e si obbliga a rispettarli, nonché a vigilare sull’operato degli incaricati del trattamento. Le parti prestano il proprio reciproco consenso al trattamento dei propri dati personali all’esclusivo fine della gestione amministrativa e contabile del presente Patto con facoltà, solo ove necessario per tali adempimenti, di fornirli anche a terzi.

**ART. 18 REGISTRAZIONE**

Il presente Patto di accreditamento sarà soggetto a registrazione in caso d’uso.

**ALLEGATI AL PATTO ACCREDITAMENTO**

All. A – **Adesione**

All. B - **Progetto assistenziale personalizzato**

All.C -**Dichiarazione sulla correttezza del servizio reso**

GRAVINA DI CATANIA , il 16/07/2020

p. Distretto SS 19 **Il Responsabile** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

p. il Soggetto Accreditato **Il legale rappresentante p.t**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO 1

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

**Allegato "A" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO**

**Spett.le Ufficio di Servizi sociali**

**del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto:**ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO NEI SERVIZI NON TIPIZZATI DALLA L.R. 22/86 **Intervento attraverso progetto assistenziale personalizzato - Adesione**

**Il/la sottoscritto/sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IN ESITO ALLA REALIZZAZIONE DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUTA NEL PROPRIO PIANO PERSONALIZZATO E CONSISTENTE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Prende atto della long list degli enti del terzo settori attuatori di servizi on standardizzati e **con la presente**

**SCEGLIE**

**L’ENTE DEL TERZO SETTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Iscritto al n\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della summenzionata Long List**

**per l'intervento denominato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ed ADERISCE**

**- al progetto assistenziale personalizzato proposto da** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare associazione /ente di promozione sociale/organizzazione a vario titolo)

**- conformemente alla carta dei servizi ai seguenti ulteriori servizi migliorativi/aggiuntivi proposti (in forma gratuita)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Per accettazione firma/famiglia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGATO 2**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19**

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

**Allegato "b" al patto di accreditamento \_\_\_\_\_\_\_**

## ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO PER ATTIVITA' NON TIPIZZATE DALLA L.R. 22/86

## PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALLA EROGAZIONE DI VOUCHER DI SERVIZIO

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile: □ coniugato □ separato/divorziato □ vedovo □ celibe/nubile

Sesso: □ F □ M

Istruzione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ultima professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

invalidità civile: □ si □ no □ certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3

indennità accompagnamento: si □ no □ in attesa di istruttoria □

**NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parentela | Cognome | Nome | Età | Attività lavorativa | Scolarità |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**RETE FAMILIARE E SOCIALE DI SUPPORTO PRESENTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Età** | **Relazione** | **Recapito telefonico** | **Note** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Obiettivi e risultati che si intendono raggiungere

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

1. Prestazioni richieste (BREVE DESCRIZIONE)

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

1. Figure professionali impegnate

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Servizi socio assistenziali usufruiti

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

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

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

# Durata del programma------------------------- Valutazione---------------------------------------------------------

**Strumenti:** ----------------------------------------------------------------------------------------------------

Referente Servizio Sociale del Comune Referente UVM/UVD (EVENTUALE)

-------------------------------------------------------------- -------------------------------------------------------

( Firma ) ( Firma)

Beneficiario/Referente Familiare

- ------------------------------------------------------

( Firma per approvazione e sottoscrizione)

**ALLEGATO 3**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19**

**COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI**

**Allegato "C" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO**

**Spett.le Comune di**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto:**  ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO NEI SERVIZI NON TIPIZZATI DALLA L.R. 22/86 **Intervento denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARAZIONE SULLA CORRETTEZZA DEL SERVIZIO RESO**

**Il/la sottoscritto/sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in qualità di Utente beneficiario del servizio denominato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**oppure Familiare dell'utente**

**(nome e Cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**in Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

**che la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(indicare associazione /ente di promozione sociale/cooperativa sociale /organizzazione a vario titolo) **ha prestato il servizio in oggetto nel periodo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ consistente nelle prestazioni di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e per n.\_\_\_\_\_\_\_\_ ore complessive pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in favore del proprio familiare con correttezza e puntualità.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**