

Alla ASP di Palermo

Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche,
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Via La Loggia, 5 90129 PALERMO

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N° 1504 DEL 9 DIC. 2021

OGGETTO:

ISTANZA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO AZIENDALE DEGLI ENTI CO-GESTORI DI PROGETTI
TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI (PTI) DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA SOSTENUTI
DAL BUDGET DI SALUTE

Il sottoscritto

Nato a

Prov.

il

In qualità di

(carica sociale)

dell'Ente

rientrante nella seguente tipologia :

<input type="checkbox"/>	Organizzazione di volontariato (L. 266/91; L. R. 22/94)
<input type="checkbox"/>	Associazione di promozione sociale (L. 383/00)
<input type="checkbox"/>	Ente filantropico (DLgs 3 luglio 2017, n. 117)
<input type="checkbox"/>	Impresa sociale (DLgs 155/2006)
<input type="checkbox"/>	Cooperative sociale o consorzio (L. 381/91)
<input type="checkbox"/>	Rete associativa (DLgs 3 luglio 2017, n. 117)
<input type="checkbox"/>	Società di mutuo soccorso (L. 3818/86 e successive modificazioni)
<input type="checkbox"/>	Associazione riconosciuta o non riconosciuta senza scopo di lucro (DLgs 3 luglio 2017, n. 117)
<input type="checkbox"/>	Fondazione (<u>Libro I, Titolo II, Capo II del Codice civile</u>) o altro ente di carattere privato, diverso dalle società, costituito per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi (DLgs 3 luglio 2017, n. 117)

<input type="checkbox"/> Ente religioso (L. 121/85)
<input type="checkbox"/> Privato imprenditoriale
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

con sede legale in Prov.

Via/Piazza n.

Telefono Fax e-mail

Pec

CHIEDE

di essere iscritto **ALL'ALBO AZIENDALE DEGLI ENTI CO-GESTORI DI PROGETTI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI (PTI) DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA SOSTENUTI DAL BUDGET DI SALUTE** del dipartimento salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
 Nella/e seguente/i sezione/i : *(barrare le sezioni a cui si chiede di essere iscritti)*

<input type="checkbox"/> SOTTOSEZIONE 1 Casa – habitat sociale
<input type="checkbox"/> SOTTOSEZIONE 2 Socialità – affettività
<input type="checkbox"/> SOTTOSEZIONE 3 Formazione – lavoro

FA PRESENTE

Di possedere una sede operativa nel territorio dell'ASP.

Allega alla presente istanza:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato "B")
2. Copia dell'atto costitutivo dell'ente;
3. Copia dello statuto dell'ente;
4. Curriculum dell'ente, comprovante le esperienze pregresse e le iniziative intraprese sul territorio nell'ultimo triennio ivi compresi gli investimenti in immobili, atti a favorire lo sviluppo sociale, culturale ed abitativo, con modalità inclusive delle fasce deboli;
5. Relazione sulle caratteristiche professionali di quanti operano nell'ente;

6. Piano di Impresa e/o elaborato progettuale dal quale si evinca la capacità progettuale e la sostenibilità della propria mission;
7. Copie degli estratti di bilancio o dichiarazioni IVA relativi agli esercizi finanziari degli ultimi due anni;
8. Copia della "carta dei servizi" adottata dall'ente;
9. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante dell'Ente.

N.B.- I documenti vanno depositati in copia autentica o dichiarata conforme all'originale ex D.P.R. n. 445/2000.

Palermo, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il _____

e residente a _____ Prov. _____ in via _____ n. _____,

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

1. Di essere titolare / legale rappresentante della Società / Ente di Terzo settore denominato _____

2. Di aver attentamente letto e compreso il regolamento dell'**ALBO AZIENDALE DEGLI ENTI CO-GESTORI DI PROGETTI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI (PTI) DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA SOSTENUTI DAL BUDGET DI SALUTE** nella versione vigente e pubblicato nel sito della ASP di Palermo.

3. Che l'Ente è iscritto al Registro delle Imprese di _____ con codice fiscale _____

4. Che l'Ente di cui è titolare / legale rappresentante: *(segnare una X nella tipologia corrispondente)*

è iscritto nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) con il n. _____

(nel caso di Cooperativa Sociale o Consorzio)

è iscritto all'Albo delle Società Cooperative, istituito con D.M. 23/06/2004 (G.U. n. 162 del 13/07/2004) sezione _____ con il n. _____

si compone di n. _____ soci, di cui n. _____ soci svantaggiati (di cui n. soci _____ in carico al Dipartimento di Salute Mentale della ASP di Palermo) e n. _____ soci volontari

(nel caso di Organizzazione di volontariato)

è iscritto nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato al n. _____

(nel caso di Associazione di Promozione Sociale)

è iscritto nel registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale al n. _____

(nel caso di Fondazione)

è iscritto presso la Prefettura di _____, ovvero presso la Regione _____

(nel caso di ente che non è ONLUS "di diritto":)

è iscritto all'Anagrafe delle Onlus al n. _____

altro _____

5. Di non rientrare nei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs 18 aprile 2016 n. 50

6. Di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato

7. Che l'ente di cui è titolare/legale rappresentante ha adottato un modello di organizzazione conforme a quanto prescritto dal D.Lgs 231/2001.

8. Che l'ente di cui è titolare/legale rappresentante ha adottato una Carta dei servizi così come prescritto dall'art. 13 L.328/2000 e dalla Delibera n.32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

Palermo li _____

Firma (per esteso e leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali.

Acconsento al trattamento, in relazione all'istruzione della pratica, dei miei dati personali, che ho qui trasmesso. Dichiaro, inoltre, di essere informato di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dei diritti che mi derivano, ai sensi dell'art. 7 del medesimo decreto.

Palermo li _____

Firma (per esteso e leggibile)

Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Informativa scritta all'interessato relativa all'acquisizione di dati personali da parte degli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (D.Lgs. 196/2003).

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che il trattamento dei dati da lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti da questa amministrazione/gestore di pubblico servizio è finalizzato allo svolgimento delle funzioni istituzionali inerenti al procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Il conferimento dei dati è indispensabile per avviare l'istruzione della pratica.

I suoi dati possono essere comunicati all'esterno ai fini dell'accertamento della veridicità dei dati.

Rispetto a tali dati il soggetto al quale si riferiscono potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di conoscere i suoi dati personali registrati, ottenere la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione.

ALLEGATO ALLA DELIBERA

N. 01504 DEL

9 DIC. 2021

Alla ASP di Palermo

Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche,
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Via La Loggia, 5 90129 PALERMO

OGGETTO:

ISTANZA D'ISCRIZIONE ALL' ALBO AZIENDALE DEGLI ENTI CO-GESTORI DI PROGETTI
TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI (PTI) DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA SOSTENUTI DAL
BUDGET DI SALUTE

I/I sottoscritto /i

Cognome e nome	Nato a	Prov.	il

In qualità di

 Singolo cittadino Capo famiglia Nucleo di convivenza

Residente/i in

Prov.

Via/Piazza

n.

Telefono

Fax

e-mail

CHIEDE/CHIEDONO

di essere iscritto/i all'albo aziendale di cui in oggetto, sezione speciale dell'Albo per le famiglie, i cittadini e i nuclei di convivenza.

Si rende/rendono a tal fine disponibili ad effettuare un colloquio di idoneità con gli operatori designati a tal fine dalla Azienda Sanitari Provinciale.

Allega alla presente istanza:

 Curriculum o breve documento di presentazione

Palermo, _____

Firma/e

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____)
il _____ residente a _____ (____)
in via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Dichiaro di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 che i dati personali
raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il
quale la presente dichiarazione viene resa

.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del
dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.