ALL'UFFICIO DI PIANO

DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALLIPOLI

Ufficiopianodizona.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.it

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 nella 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:

- Proposta progettuale del percorso di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni di età con disturbo dello spettro autistico, compatibile con i 3 livelli di gravità (secondo il DSM-5);
- Dichiarazione in possesso dei requisiti , redatta secondo l'Allegato 1;
- Documento di identità in corso di validità;

Luogo e data_____

Firma_____