MODELLO DI DOMANDA DI ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO

**ai sensi della DGR 1638/2024, allegato 1, paragrafo 5**

Al Soggetto Istituzionale Competente per l’ambito distrettuale alla concessione dell’accreditamento nel Distretto di Ponente

Comune di Castel San Giovanni

# OGGETTO: Domanda di accreditamento sociosanitario

Il/La sottoscritto/a nato/a a il , in qualità di legale rappresentante di (*indicare la denominazione dell’ente /azienda, sede legale. P.I. e Codice Fiscale)*

soggetto gestore del servizio *(indicare la denominazione del servizio per il quale si chiede l’accreditamento)*

con sede in (*indicare: la sede in cui si svolge il servizio - per il servizio di assistenza domiciliare indicare la sede operativa - l'indirizzo, il recapito telefonico della sede, l’indirizzo email e l’indirizzo PEC*)

presso un immobile in disponibilità in virtù di un titolo di *(indicare la tipologia di titolo: es. titolo di proprietà, di locazione ecc. Nel caso non si sia proprietari, specificare il soggetto proprietario e la scadenza del titolo in virtù del quale*

*si dispone dell’immobile)*

quale soggetto gestore del servizio *(indicare solo uno tra casa-residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno assistenziale per anziani, assistenza domiciliare, centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili)*

|  |
| --- |
| Accreditato ai sensi della DGR 514/2009, con atto rilasciato da *(indicare il soggetto istituzionale competente per l’ambito distrettuale alla concessione dell’accreditamento, es. Comune, Unione di Comuni ecc.)* |
| Non accreditato ai sensi della DGR 514/2009 |

# CHIEDE

Il rilascio dell'accreditamento del servizio sopra indicato, ai sensi della DGR 514/2009 e della DGR 1638/2024, per la seguente tipologia di servizio (*barrare la casella in corrispondenza del/i servizio/i in questione*):

|  |  |
| --- | --- |
|  | casa-residenza per anziani non autosufficienti per posti *(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)*, comprensivi della possibilità di: |
|  |  | inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009); |
|  | inserimenti dedicati all’accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009); |
|  | un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE DGR 514/2009) per un numero di posti; |
|  | un nucleo residenziale dedicato all’accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG DGR 514/2009) per un numero di posti; |
|  | centro diurno assistenziale per anziani per posti; |
|  | centro diurno assistenziale dedicato per demenze (allegato DF DGR 514/2009) per posti; |
|  | assistenza domiciliare |
|  | centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili per posti |
|  | centro socio-riabilitativo residenziale per disabili per posti *(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)*, comprensivi della possibilità di: |
|  |  | un nucleo residenziale dedicato all’accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG DGR 514/2009) per un numero di posti; |
|  | inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009); |
|  | inserimenti dedicati all’accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009); |

A tal fine e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE DGR 514/2009) per un numero di posti

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; Sotto la propria responsabilità:

# DICHIARA

* che il servizio per il quale si richiede l’accreditamento è in possesso dell’autorizzazione al funzionamento del servizio *(solo se l’autorizzazione è prevista dalla normativa vigente, da non compilare per l’assistenza domiciliare)*

 in corso di validità (*citare estremi del provvedimento di rilascio autorizzazione)* rilasciata da in data con atto numero per numero complessivo di posti pari a ;

|  |
| --- |
| - che il numero di posti per cui si richiede l’accreditamento coincide con il numero totale di posti autorizzati; |
| *oppure* |
| * che il numero di posti per cui si richiede l’accreditamento costituisce una unità organizzativa, assistenziale e strutturale autonoma;
* di assicurare la garanzia della responsabilità gestionale unitaria secondo quanto previsto dal paragrafo 4.2 dell’Allegato 1 della DGR 1638/2024 (in proposito si allega alla presente l’elenco del numero di operatori del servizio di che trattasi, per tipologia di rapporto - dipendenza diretta o dipendenza funzionale);
* di garantire ed impegnarsi a mantenere il rispetto dei requisiti di servizio di cui all’allegato D della DGR 514/2009 applicabili per il/i servizio/i per il/i quale/i si richiede l’accreditamento a decorrere dalla data del rilascio dell’accreditamento,
* di essere consapevole che il mantenimento dell’accreditamento e dell’eventuale accordo contrattuale derivante, è subordinato all’adeguamento ai requisiti di cui agli allegati dal n. 2 al

n. 15 approvati dalla DGR 1638/2024, a decorrere dalla definizione del nuovo sistema di |

remunerazione ad essi correlato, con la gradualità e nei modi che verranno definiti, e all’accettazione della remunerazione che verrà per essi definita;

* di garantire ed impegnarsi a mantenere il rispetto dei requisiti soggettivi di cui al paragrafo 4.1 dell’allegato 1 della DGR 1638/2024;
* di prestare idonee garanzie, in particolare contro il rischio delle responsabilità civili per danni a cose o a persone connessi all’attività svolta, mediante polizza assicurativa, secondo quanto previsto al paragrafo 4.1 dell’allegato 1 della DGR 1638/2024, (*indicare numero della polizza*)

 , contratta con (*indicare compagnia assicurativa*) , con decorrenza dal , scadenza al e con i seguenti massimali

Data

Firma/e

# ALLEGATO 1 – ELENCO DEL PERSONALE PER TIPOLOGIA DI RAPPORTO

**Servizio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di operatore** | **N. di operatori** | **N. di operatori con rapporto di lavoro di dipendenza instaurato direttamente con il soggetto gestore** | **N. di operatori per cui sono attive altre forme che assicurano comunque la dipendenza funzionale dal soggetto gestore***(specificare il numero di operatori, ad esempio, con rapporto di somministrazione, di comando da* *altro ente ecc.)* |
| OSS |  |  |  |
| Educatore |  |  |  |
| Animatore |  |  |  |
| Coordinatore |  |  |  |
| RAA |  |  |  |
| RAS |  |  |  |
| Fisioterapista |  |  |  |
| Infermiere |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Indicare il numero di operatori a tempo pieno equivalente (Full Time Equivalenti)*