**Allegato 1: MODULO A (Istanza di manifestazione d’interesse)**

**Modulo A**

***(Istanza di manifestazione d’interesse)***

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI ATTRAVERSO L’EROGAZIONE DEI VOUCHER SOCIOSANITARI, VOUCHER SOCIOSANITARI ASD E VOUCHER ASD IN ATTUAZIONE DELLA MISURA B1 AI SENSI DELLE DGR N. XII/1669 DEL 28/12/2023 E N. XII/2033 18/03/2024 A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA.**

***(Resa in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata all’Ente richiedente)***

**L’Ente Gestore** …………………………………………………………………………………………………………

con sede legale nel comune di ………………………………………….CAP…………...prov. ………….….

in via ………………………………………………………………………………………………………...n° …...........

codice fiscale ………………………………………..partita IVA………………………..…………………………

telefono…………………………………………………….posta PEC……….………………………………………..

nella persona di …………………………….…………... nato a ………………………….…... il ………..….…….

codice fiscale …………………………in qualità di Legale Rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale, della:

* struttura…………………………………………………………….. (indicare tipologia e denominazione) ubicata nel Comune di ……………………….CAP………prov…….. via………………..…….n°……..…
* iscritta al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie - codice ……………………………………………………..
* iscritta al registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie – codice ………………………………………………….
* sperimentazione……………………………………………………(indicare tipologia e denominazione) ubicata nel Comune…………..…………….. CAP………prov……. via……….…………….…….n°……

approvata con DGR n°…………………………………………………………………………………………..

**Riferimenti del referente dell’Ente per la presente candidatura:**

Nome……………………………………………Cognome…………………………………………………….

Recapiti telefonici ……………….E-mail………..……………………………………………….

**Riferimenti del referente dell’Ente per l’utenza che sarà riportato negli elenchi pubblicati sul sito di ATS Milano**

Nome……………………………………………Cognome…………………………………………………….

Recapiti telefonici ……………….E-mail………..……………………………………………….

**dichiara**

* di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l’accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e ss mm ii
* Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private;
* Regolarità della continuità gestionale e finanziaria;
* Presenza dell’organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);
* Assenza di stato di fallimento;
* Assenza di liquidazione coatta;
* Assenza di concordato preventivo;
* 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
* **dell’abilitazione all’esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE)…………………………………………………………………
* **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/2033/2024, 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/2033/2024, 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/2033/2024, indicando inoltre il territorio ASST di erogazione tenuto conto che nel caso del Voucher ASD dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento. Gli interventi erogati in struttura potranno essere a favore di utenti residenti in tutto il territorio di ATS Città Metropolitana di Milano:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **VOUCHER SOCIOSANITARIO e ASD** |  **VOUCHER SOCIOSANITARIO e ASD** |  **VOUCHER SOCIOSANITARIO** |  **VOUCHER ASD** |
| **ADULTI / ANZIANI** | **MINORI**  | **DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA** | **(Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 7751/22 non residenti nel territorio afferente all’ATS Città Metropolitana di Milano)** |
| **Distretto**  |  **Distretto**  | **Distretto**  | **Distretto** **(dove opera in via prioritaria)** |
| **ASST RHODENSE** | **ASST RHODENSE** | **ASST RHODENSE** | **ASST RHODENSE** |
| * CORSICHESE
 | * CORSICHESE
 | * CORSICHESE
 | * CORSICHESE
 |
| * GARBAGNATESE
 | * GARBAGNATESE
 | * GARBAGNATESE
 | * GARBAGNATESE
 |
| * RHODENSE
 | * RHODENSE
 | * RHODENSE
 | * RHODENSE
 |
| **ASST OVEST MILANESE** | **ASST OVEST MILANESE** | **ASST OVEST MILANESE** | **ASST OVEST MILANESE** |
| * ABBIATENSE
 | * ABBIATENSE
 | * ABBIATENSE
 | * ABBIATENSE
 |
| * CASTANESE
 | * CASTANESE
 | * CASTANESE
 | * CASTANESE
 |
| * LEGNANESE
 | * LEGNANESE
 | * LEGNANESE
 | * LEGNANESE
 |
| * MAGENTINO
 | * MAGENTINO
 | * MAGENTINO
 | * MAGENTINO
 |
| **ASST MELEGNANO MARTESANA** | **ASST MELEGNANO MARTESANA** | **ASST MELEGNANO MARTESANA** | **ASST MELEGNANO MARTESANA** |
| * ADDA
 | * ADDA
 | * ADDA
 | * ADDA
 |
| * ALTA MARTESANA
 | * ALTA MARTESANA
 | * ALTA MARTESANA
 | * ALTA MARTESANA
 |
| * BASSA MARTESANA - PAULLESE
 | * BASSA MARTESANA - PAULLESE
 | * BASSA MARTESANA - PAULLESE
 | * BASSA MARTESANA - PAULLESE
 |
| * SUD EST MILANO
 | * SUD EST MILANO
 | * SUD EST MILANO
 | * SUD EST MILANO
 |
| * VISCONTEO
 | * VISCONTEO
 | * VISCONTEO
 | * VISCONTEO
 |
| **ASST DI LODI** | **ASST DI LODI** | **ASST DI LODI** | **ASST DI LODI** |
| * ALTO LODIGIANO
 | * ALTO LODIGIANO
 | * ALTO LODIGIANO
 | * ALTO LODIGIANO
 |
| * BASSO LODIGIANO
 | * BASSO LODIGIANO
 | * BASSO LODIGIANO
 | * BASSO LODIGIANO
 |
| **ASST GOM NIGUARDA** | **ASST GOM NIGUARDA** | **ASST GOM NIGUARDA** | **ASST GOM NIGUARDA** |
| * MUNICIPIO 9
 | * MUNICIPIO 9
 | * MUNICIPIO 9
 | * MUNICIPIO 9
 |
| **ASST SANTI PAOLO E CARLO** | **ASST SANTI PAOLO E CARLO** | **ASST SANTI PAOLO E CARLO** | **ASST SANTI PAOLO E CARLO** |
| * MUNICIPIO 5
 | * MUNICIPIO 5
 | * MUNICIPIO 5
 | * MUNICIPIO 5
 |
| * MUNICIPIO 6
 | * MUNICIPIO 6
 | * MUNICIPIO 6
 | * MUNICIPIO 6
 |
| * MUNICIPIO 7
 | * MUNICIPIO 7
 | * MUNICIPIO 7
 | * MUNICIPIO 7
 |
| **ASST FBF SACCO** | **ASST FBF SACCO** | **ASST FBF SACCO** | **ASST FBF SACCO** |
| * MUNICIPIO 1
 | * MUNICIPIO 1
 | * MUNICIPIO 1
 | * MUNICIPIO 1
 |
| * MUNICIPIO 2
 | * MUNICIPIO 2
 | * MUNICIPIO 2
 | * MUNICIPIO 2
 |
| * MUNICIPIO 3
 | * MUNICIPIO 3
 | * MUNICIPIO 3
 | * MUNICIPIO 3
 |
| * MUNICIPIO 4
 | * MUNICIPIO 4
 | * MUNICIPIO 4
 | * MUNICIPIO 4
 |
| * MUNICIPIO 8
 | * MUNICIPIO 8
 | * MUNICIPIO 8
 | * MUNICIPIO 8
 |
| **ASST NORD MILANO** | **ASST NORD MILANO** | **ASST NORD MILANO** | **ASST NORD MILANO** |
| * PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO
 | * PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO
 | * PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO
 | * PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO
 |
| * PARCO NORD
 | * PARCO NORD
 | * PARCO NORD
 | * PARCO NORD
 |

* Che in qualità di Ente erogatore ADI si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola nei Distretti di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Distretto**  |  **Distretto**  | **Distretto**  | **Distretto** |
| **ASST RHODENSE** | **ASST MELEGNANO MARTESANA** | **ASST GOM NIGUARDA** | **ASST FATEBENEFRATELLI SACCO** |
| * CORSICHESE
 | * ADDA
 | * MUNICIPIO 9
 | * MUNICIPIO 1
 |
| * GARBAGNATESE
 | * ALTA MARTESANA
 | **ASST SANTI PAOLO E CARLO** | * MUNICIPIO 2
 |
| * RHODENSE
 | * BASSA MARTESANA - PAULLESE
 | * MUNICIPIO 5
 | * MUNICIPIO 3
 |
| **ASST OVEST MILANESE** | * SUD EST MILANO
 | * MUNICIPIO 6
 | * MUNICIPIO 4
 |
| * ABBIATENSE
 | * VISCONTEO
 | * MUNICIPIO 7
 | * MUNICIPIO 8
 |
| * CASTANESE
 | **ASST DI LODI** | **ASST NORD MILANO** |  |
| * LEGNANESE
 | * ALTO LODIGIANO
 | * PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO
 |  |
| * MAGENTINO
 | * BASSO LODIGIANO
 | * PARCO NORD
 |  |

**DICHIARA INFINE**

che il volume di prestazioni mensili che l’Ente può erogare è pari a:

* + - * 1. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ voucher sociosanitario e ASD
				2. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ voucher ASD.

**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 nel caso di firma olografa.
* Documentazione comprovante i requisiti richiesti previsti al punto 1 dell’Avviso, in particolare per quanto riguarda il:
1. **VOUCHER SOCIOSANITARIO**
* Relazione sulla specificità della presa in carico dell’Ente Erogatore.
* Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione della disabilità gravissima unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.
1. **VOUCHER ASD**
* Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l’erogazione del Voucher ASD 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.
* Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione dell’autismo unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione
* Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell’autismo.