

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):

<input type="checkbox"/>	casa-residenza per anziani non autosufficienti per _____ posti <u>(indicare il numero totale eventualmente comprensivo di quanto specificato successivamente)</u> , comprensivi della possibilità di:
<input type="checkbox"/>	inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009);
<input type="checkbox"/>	inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (allegato DH DGR 514/2009);
<input type="checkbox"/>	un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE DGR 514/2009) per un numero di _____ posti;
<input type="checkbox"/>	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;
<input type="checkbox"/>	centro diurno assistenziale per anziani per _____ posti;
<input type="checkbox"/>	centro diurno assistenziale dedicato per demenze (allegato DF DGR 514/2009) per _____ posti;
<input type="checkbox"/>	assistenza domiciliare;
<input type="checkbox"/>	centro socio-riabilitativo semi-residenziale per persone con disabilità per _____ posti;

A tal fine e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 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 28/12/2000 n. 445;

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, e di garantire l'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 l'accettazione della remunerazione che verrà per essi definita, pena la perdita dell'accreditamento e la risoluzione dell'eventuale correlato accordo contrattuale;
- 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 <i>(specificare il numero di operatori, ad esempio, con rapporto di somministrazione, di comando da altro ente ecc.)</i>
OSS			
Educatore			
Animatore			
Coordinatore			
RAA			
RAS			
Fisioterapista			
Infermiere			

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