

ALLEGATO A

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI INTERVENTI PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Spett.le Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Direzione Generale delle Politiche sociali
Servizio Politiche per la famiglia e l'Inclusione sociale
san.dgpolsoc@pec.regione.sardegna.it

Il/la sottoscritto/ain qualità di
..... e legale rappresentante ovvero di Procuratore
(giusta Procura n. di repertorio ai rogiti Notaio
..... qui allegata) del/della
....., con sede legale in
.....,prov.,
via , n.
codice fiscale ,partita
IVA ,Tel.,
e_mail.....PEC.....,
quale soggetto proponente della proposta di intervento, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- che i dati sopra riportati sono corretti e veritieri;
- di aver preso visione e di accettare integralmente quanto statuito nell'” *Avviso pubblico per la presentazione di interventi per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 negli istituti penitenziari*” della Direzione Generale delle Politiche Sociali della RAS- Servizio Politiche per la famiglia e l'Inclusione sociale, di condividerne finalità e obiettivi e di accettarne espressamente e incondizionatamente l'intero contenuto;
- che il soggetto rappresentato è in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 dell'Avviso;
- di presentare, quale parte integrante della presente, i seguenti allegati:
 - all. n. 1 – proposta di intervento conforme al modello pubblicato;
 - all. n. 2 – dichiarazione sostitutiva del proponente e di ciascuno dei partner;
 - all. n. 3 – consenso informato al trattamento dei dati;
 - all. n. 4 – schema piano finanziario riepilogativo.
- che ogni comunicazione relativa alla procedura suddetta vada inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui corretta operatività il dichiarante assume ogni rischio):

.....

Si allega copia fotostatica non autenticata di documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

Luogo

FIRMA del legale rappresentante
digitale o autografa

Si allega copia fotostatica non autenticata di documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

Allegato n. A1

(da compilarsi per ciascuna struttura)

PRESENTAZIONE DI INTERVENTI DI ACCOGLIENZA IN UNITÀ ABITATIVE INDIPENDENTI O IN AMBITO COMUNITARIO, PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

PROPOSTA DI INTERVENTO

1. SOGGETTI

1.a SOGGETTO attuatore/capofila

	Denominazione o Ragione Sociale				
Sede legale: Indirizzo					
CAP		Città		Prov.	
Tel		PEC			
Natura giuridica					
Sede della struttura: Indirizzo					
CAP		Città		Prov.	
Tel		PEC			
Rappresentante legale					
Referente per il progetto					
Indirizzo					
CAP		Città		Prov.	
Tel		e.mail			

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

Aree di attività (in particolare quelle inerenti al progetto)		
<input type="checkbox"/> alloggio sociale	<input type="checkbox"/> interventi e servizi sociali	<input type="checkbox"/> servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori
<input type="checkbox"/> interventi e prestazioni sanitarie	<input type="checkbox"/> prestazioni socio-sanitarie	<input type="checkbox"/> beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti
<input type="checkbox"/> educazione, istruzione e formazione professionale, attività culturali	<input type="checkbox"/> accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti	<input type="checkbox"/> altro (specificare)

1b. eventuale SOGGETTO facente parte dell'ATS (Associazione Temporanea di Scopo) (ripetere per ogni soggetto coinvolto)

Denominazione o Ragione Sociale *			
Natura giuridica			
Sede legale			
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel.	Fax	E-mail	
Eventuale sede operativa:			
Indirizzo			
CAP	Città	Prov.	
Tel	PEC		
Rappresentante legale			
Cognome e Nome			Titolo
Indirizzo			
Cap	Città	Prov.	
Tel. mobile	Fax	E-mail	

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

Referente del progetto		
Cognome e Nome		Titolo
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. mobile	Fax	E-mail
Compiti nel progetto		
Aree di attività (in particolare quelle inerenti al progetto)		
<input type="checkbox"/> alloggio sociale	<input type="checkbox"/> interventi e servizi sociali	<input type="checkbox"/> interventi e prestazioni sanitarie
<input type="checkbox"/> educazione, istruzione e formazione professionale, attività culturali	<input type="checkbox"/> prestazioni socio-sanitarie	<input type="checkbox"/> servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori
<input type="checkbox"/> accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti	<input type="checkbox"/> beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti	
<input type="checkbox"/> altro (specificare)		
Ruolo e suddivisione finanziaria in caso di ATS		
<p><i>*Descrivere, in maniera sintetica, per ciascun partner:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • suddivisione delle responsabilità e dei ruoli per l'esecuzione materiale del programma di lavoro; • suddivisione finanziaria e modalità di utilizzo delle risorse. <p><u>Nella suddivisione dei ruoli restano comunque in capo al soggetto mandatario le attività di rapporto diretto con la Direzione delle Politiche Sociali della Regione Sardegna, Servizio politiche per la famiglia e l'inclusione sociale.</u></p>		

2. SCHEDA PROPOSTA DI INTERVENTO

2.a Tipologia e caratteristiche della soluzione alloggiativa proposta in particolare rispetto ai seguenti elementi:

Numero di posti totali	n.
------------------------	----

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

<p>Numero di posti disponibili per il Programma Cassa delle Ammende- COVID 19</p>	<p>n.</p>
<p>Eventuale presenza di ulteriori soggetti ospitati nella struttura o di aree in comune con altre tipologie di ospiti</p>	<p>n. di posti disponibili, n. di persone presenti alla data di compilazione e tipologia (altri detenuti inseriti con altri progetti, migranti, dipendenti da sostanze, minori, MSNA, etc.)</p>
<p>Spazio utile per singolo destinatario nell'alloggio (stanza da letto)</p>	<p>Tipologia (singola, multipla) e mq</p>
<p>Servizi igienici e dimensioni dello spazio utile per singolo destinatario (se presenti)</p>	<p>Tipologia (singolo servizio o in condivisione con n. persone) e mq</p>
<p>Spazio utile per singolo destinatario negli spazi interni per il vitto (se presenti)</p>	<p>Tipologia (singolo servizio o in condivisione con n. persone) e mq</p>
<p>Dimensioni dello spazio utile per singolo destinatario in spazi condivisi (se presenti)</p>	<p>In mq (approssimativi) e tipologia (spazio ludico ricreativo, laboratorio, etc)</p>

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

Dimensioni dello spazio utile per singolo destinatario in spazi esterni (se presenti)	In mq (approssimativi) e tipologia (giardino/terreno/serra, spazi sportivi, etc)
---	--

2.b Modalità e organizzazione dei servizi essenziali

Vitto	n. di pasti e tipologia (servizio mensa, catering, menù organizzato e/o preparazione a cura del destinatario)
Servizio biancheria/indumenti	Eventuale fornitura e modalità di cambio/pulizia

2.c Soluzioni logistiche e organizzative per far fronte alla problematica emergente COVID – 19

Organizzazione e sanificazione ambienti	Descrivere le modalità (protocolli distanziamento, autogestione, forniture materiali, servizio pulizie, etc.)
---	---

2.d Modalità organizzative per garantire lo sviluppo delle collaborazioni sul territorio e di raccordo con servizi territoriali (UIEPE, sociali, sanitari, del lavoro)

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

Contatti e documentazione	Descrivere le modalità (tutoraggio personale amministrativo, ufficio relazioni, intermediari, visite operatori in struttura, etc.)
Disbrigo pratiche	Descrivere le modalità (accompagnamento con mezzo e autista a disposizione, servizi in struttura, deleghe, etc.)

2.e Modalità di accompagnamento dell'ospite nell'organizzazione della vita quotidiana

Supporto educativo (h/uomo)	n. di h/uomo media settimanale per destinatario e descrizione delle modalità (progetti educativi, pianificazioni, etc.)
-----------------------------	---

2.f Modalità di implementazione del progetto individualizzato finalizzato alla vita autonoma durante la residenzialità e al reinserimento sociale all'uscita dall'accoglienza e la tipologia di interventi attivabili

Supporto psico-sociale (h/uomo)	n. di h/uomo media settimanale per destinatario e descrizione delle modalità (percorsi psico-sociali, mediazione culturale, formazione, etc.)
---------------------------------	---

2.g Risorse umane che si intendono utilizzare per la realizzazione del progetto.

Professionalità	Ruolo	N.	h/uomo media settimanale per destinatario

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

2.h Compartecipazione alla realizzazione del progetto attraverso elementi migliorativi e risorse aggiuntive (finanziarie, umane, di volontariato, strumentali, ecc..)

--

Allegato n. A2

(In caso di ATS, il presente allegato va compilato da ciascun partner)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. del 28/12/2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____
e legale rappresentante ovvero nella sua qualità di Procuratore del/della _____
con sede legale in _____, prov. _____, via _____, n. _____,
codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____, consapevole
della responsabilità e delle conseguenze civili e penali, ai sensi dell'art. 76 del richiamato D.P.R. 445/00,

DICHIARA CHE

- 1) l'ente, costituito con atto del _____
- 2) è iscritto al pertinente registro regionale _____ con n. _____ del _____
- 3) l'organismo ha un organo di amministrazione/ovvero altro organo di gestione così composto:

- 5) che gli amministratori **muniti di potere di rappresentanza e/o i procuratori** sono:

Cognome	Nome	Nato/a a	Nato/a il	CF	Carica	dal	Al

- 6) non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo (salvo il caso di cui all'articolo 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267) o di liquidazione volontaria, né in stato di sospensione dell'attività commerciale e non ha in corso alcun procedimento accertativo di tali situazioni;
- 7) nei confronti del legale rappresentante e degli amministratori non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'articolo all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 e s.m.i.;
- 8) non è incorso in sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2, lett. c), del d.lgs. n. 231/2001 e s.m.i., o di altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- 9) è in regola con la normativa in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale e

- applica al personale dipendente il CCNL di categoria;
- 10) è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili previste dalla L. 68/1999;
 - 11) non fruisce di agevolazioni o finanziamenti pubblici con riferimento alle medesime attività e/o alle medesime spese oggetto del progetto presentato;
 - 12) è in regola con le norme di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
 - 13) non è incorso in gravi negligenze o di azioni in malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate da una pubblica amministrazione e finanziate con fondi comunitari e/o nazionali;
 - 14) le soluzioni alloggiative messe a disposizione delle attività di progetto sono conformi alla normativa nazionale e regionale vigente;
 - 15) è coinvolto in qualità di partner di progetto, per lo svolgimento delle attività descritte nell'allegato 1, presentato in ATS con il soggetto capofila (*compilare in caso di soggetto partner*)

*Firma digitale del Legale Rappresentante,
ovvero firma autografa corredata da documento d'identità in corso di validità*

Allegato n. A3

(In caso di ATS, il presente allegato va compilato da ciascun partner)

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto _____ nato a
_____ Il _____ CF _____ Residente a
_____ Via _____ n. _____ Tel.
_____ Cell. _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'art 14 dell'avviso.

Letto, confermato e sottoscritto _____, Li _____

Firma digitale del Legale Rappresentante,

ovvero firma autografa corredata da documento d'identità in corso di validità

Allegato n. A4

SCHEMA PIANO FINANZIARIO RIEPILOGATIVO

Il presente schema dovrà essere compilato in fase di presentazione della proposta di intervento e in fase di rendicontazione

a) Spese per i destinatari			
	Numero destinatari	Costo unitario lordo	Importo totale
Numero posti			
di cui			
alloggio			
vitto			
igiene			
sussidi			
Altro			
b) Altre tipologie di spesa (specificare)			
Tipologia		Costo unitario lordo	Importo totale
Disbrigo pratiche amministrative			
Progetti individuali finalizzati al reinserimento sociale all'uscita dall'accoglienza			
Interventi educativi			
Di mediazione culturale e sociale			
Orientamento al lavoro e sanitari			
altro			
TOTALE SPESA			