



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL  
MONTE ALBINO



SCAFATI

**AMBITO TERRITORIALE S01\_2**  
COMUNE CAPOFILASCAFATI

**COMUNE DI CORBARA**  
(SALERNO)

Prot. N. 2018 del 04 MAG. 2018

Ai Responsabili dei Servizi Sociali  
Ai Responsabili della Pubblicazione  
Comune di Scafati  
Comune di Angri  
Comune di Sant'Egidio del Monte Albino  
Comune di Corbara

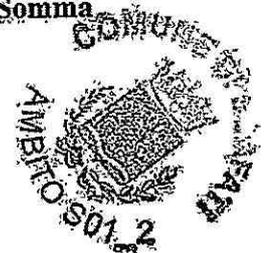
**Oggetto: Manifestazione di interesse per la costituzione dell'albo dei soggetti accreditati erogatori dei servizi di Telesoccorso.**

Si trasmette alle SS.LL. avviso pubblico relativo alla Manifestazione di interesse per la costituzione dell'albo dei soggetti accreditati erogatori dei servizi di Telesoccorso e relativa modulistica, al fine di provvedere alla pubblicazione all'albo pretorio dei rispettivi comuni e darne la massima diffusione a favore dell'utenza.

Si resta a disposizione per qualsiasi chiarimento, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Angri, 04/05/2018.

Il Responsabile del Piano di Zona S01\_2  
Dot. ssa Maddalena Di Somma





ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL  
MONTE ALINO



SCAFATI

**AMBITO TERRITORIALE S01\_2**  
COMUNE CAPOFILA SCAFATI

## **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DELL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI EROGATORI DEI SERVIZI DI TELESOCORSO**

- Vista la Legge 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", con particolare riferimento all'art.6 comma 2 lettera c;
- Vista la Legge Regionale n.11/07 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale" con la quale si è inteso strutturare un sistema organico di interventi e servizi sociali che si sviluppa attraverso l'integrazione degli interventi e dei servizi;
- Visto il regolamento Regionale n. 4/2014 di attuazione della L.R. 11/07;
- Visto il Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento n.4/2014 di attuazione della L.R. 11/2007;
- Visto il PSR 2016/2018;
- Visto il Piano di zona sociale 2016-2018 dell'Ambito S01\_2.

### **SI RENDE NOTO**

che è aperto un Bando pubblico per la costituzione dell'albo dei soggetti accreditati per l'erogazione di servizi di Telesoccorso.

#### **Art. 1 Scopo e finalità**

Scopo del presente avviso è l'acquisizione di istanze di accreditamento, ai sensi del regolamento regionale n.4/2014, per la creazione dell'albo dell'Ambito S01\_2, per l'erogazione di servizi di Telesoccorso.

#### **Art. 2 Definizioni, competenze e professionalità**

I servizi, così come definiti dal catalogo regionale allegato al regolamento n.4/2014, sono:

##### **TELESOCORSO**

**Descrizione.** Il servizio di Telesoccorso ha per finalità quella di garantire risposte immediate ai cittadini che vivono in contesti isolati, sono soli e che, per precarie condizioni di salute, potrebbero trovarsi in uno stato di emergenza e bisogno. Attraverso un apposito apparecchio, in caso di necessità, l'utente invia un segnale di allarme alla centrale che, ricevuta la segnalazione, attiva tempestivamente l'intervento di soccorso. Il servizio di telesoccorso svolge attività di sorveglianza telematica e pronto intervento 24 ore su 24, in forma integrata con gli altri interventi.

##### **Attività.**

- Attività di sostegno e ascolto;
- Controllo delle condizioni di salute della persona attraverso un contatto telefonico giornaliero;
- Impiego di strumentazione telematica di telesoccorso (centrali operative, apparecchiature d'utente) omologata;
- Dotazione in comodato gratuito agli utenti di apparecchi individuali segnalatori delle condizioni di allarme;
- Presenza e funzionamento della centrale d'ascolto su tutto il territorio di competenza in modo da assicurare la fruizione del servizio da parte delle persone aventi diritto;

- Accesso dell'utente al servizio di telesoccorso presso qualsiasi domicilio in tutto il territorio dell'ambito.

### **Art. 3 Soggetti ammessi al bando**

Possono presentare istanza di accreditamento tutti i soggetti privati elencati al Titolo II, Capo II della L.R. n.11/07, articoli 13,15,16,17,18, in possesso dell'autorizzazione che consente l'esercizio dei servizi e che hanno nelle loro finalità statutarie l'erogazione di servizi di Telesoccorso.

### **Art. 4 Modalità e termini di partecipazione alla Domanda**

I soggetti interessati potranno presentare istanza di accreditamento all'Ambito S1\_02, in carta semplice sull'apposito modello (allegato A-B-C), corredata dalla documentazione richiesta in linea con il Regolamento Regionale n. 4/2014. L'istanza di accreditamento, sottoscritta dal Legale Rappresentante ed attestante il possesso dei requisiti richiesti nel presente avviso, resa ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, può essere trasmessa mediante PEC, o recapitata a mano all'ufficio di protocollo dell'Ambito S01\_2, entro le ore 12.00, del giorno 04.06.2018.

La procedura di accreditamento si intende, comunque, aperta anche dopo tale data, per consentire ai soggetti erogatori di servizi, in regola con i requisiti previsti, di essere inserito nell'albo che sarà aggiornato periodicamente.

Il provvedimento di accreditamento rilasciato dall'amministrazione competente è valido per l'intero territorio regionale, pertanto, i soggetti già accreditati, da altre amministrazioni competenti localizzate in Campania, per ottenere l'iscrizione all'albo dei soggetti accreditati dell'Ambito S01\_2, dovranno allegare alla domanda di iscrizione (Allegato A-B-C), la copia conforme all'originale dei provvedimenti di autorizzazione ed accreditamento già posseduti, corredata da una relazione dettagliata confacente ai dettami dell'art.9 comma 3 del Regolamento regionale n. 4/2014 e da una copia di un documento di identità in corso di validità.

### **Art. 5 Valutazione dei requisiti ed accreditamento**

L'accREDITamento è rilasciato dall'Ufficio di Piano dell'Ambito S01\_2, previa verifica del possesso dei requisiti, con contestuale iscrizione all'albo dei soggetti erogatori accreditati.

La eventuale richiesta di documenti integrativi dell'istanza sospende i termini di rilascio del provvedimento di accreditamento. L'Ambito effettua tutti i controlli che riterrà necessari per accertare la sussistenza e la conformità dei requisiti dichiarati. L'accREDITamento non costituisce in capo all'Ambito alcun obbligo ad instaurare, con i soggetti accreditati, rapporti contrattuali per l'erogazione di interventi e servizi sociali e per la fornitura di prestazioni, il cui costo si ponga a carico del servizio pubblico.

### **Art. 6 Tutela degli utenti**

I prestatori accreditati assicurano gli adempimenti di cui all'art. 11 del regolamento regionale 4/2014; la vigilanza ed il controllo sui titoli abilitativi e sui servizi erogati sono esercitate dall'Ambito S01\_2 in linea con l'art. 12 dello stesso regolamento 4/2014.

### **Art. 7 Decadenza dell'accREDITamento**

La decadenza dell'atto di accREDITamento è disposta a causa della perdita dei requisiti necessari, rilevata nell'ambito delle attività di vigilanza e controllo esercitate dall'amministrazione competente, e/o su richiesta del legale rappresentante e/o per mancata presentazione della documentazione richiesta.

### **Art. 8 Informativa in materia di protezione dei dati personali (d.lgs. n.196/03)**

I dati dei quali l'Ambito Territoriale S1\_02 entrerà in possesso a seguito del presente avviso, verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Si informa che i dati raccolti saranno trattati con gli strumenti informatici ed utilizzati nell'ambito del procedimento amministrativo con modalità conformi a quanto previsto dalla normativa vigente. Tale trattamento sarà ispirato ai principi di correttezza, legalità e trasparenza. Si precisa che il presente avviso è pubblicato sul sito

internet del Comune di Scafati, [www.comune.scafati.sa.it](http://www.comune.scafati.sa.it) e dei Comuni afferenti l'Ambito Territoriale S1\_02

**Responsabile del procedimento è la dott. ssa Maddalena Di Somma**

Informazioni tel. 08119143279;

email: [pianodizona@comune.scafati.sa.it](mailto:pianodizona@comune.scafati.sa.it);

pec [pianodizona.scafati@pec.it](mailto:pianodizona.scafati@pec.it)

**Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano S01\_2  
Dott.ssa Maddalena Di Somma**

**ALLEGATO A**



ANGRI



CORBARA



SANT'EGIDIO DEL  
MONTE ALBINO



SCAFATI

**AMBITO TERRITORIALE S01\_2**  
COMUNE CAPOFILIA SCAFATI

**Istanza di accreditamento**

Al Coordinatore Ambito S01\_2

Via L. Da Vinci, snc

84012, Angri (SA)

PEC: [pianodizona.scafati@pec.it](mailto:pianodizona.scafati@pec.it)

**Oggetto:** richiesta di accreditamento per la erogazione di servizi di Telesoccorso

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

del/della \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Regionale n. 4/2014, l'accreditamento, per l'erogazione di servizi di Telesoccorso e la conseguente iscrizione all'Albo Ambito S01\_2 dei soggetti erogatori accreditati;

Si allega:

- ) copia conforme all'originale del provvedimento di accreditamento (in caso di soggetto già accreditato);
- ) autocertificazioni rese dal legale rappresentante del prestatore, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000, attestanti il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 7;
- ) autocertificazioni rese dal legale rappresentante del prestatore, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000, attestanti il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 9, comma 2 e 3:
  - ) relazione sulle modalità per la formalizzazione del contratto educativo/assistenziale con l'utente, prevedendo il coinvolgimento dei familiari/tutori;
  - ) relazione sulle procedure per la gestione informatizzata della documentazione;
  - ) piani di programmazione e modalità di controllo dei risultati, di cui viene previsto l'aggiornamento annuale, relativi a:
    - 1) obiettivi generali e specifici del servizio;
    - 2) azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale, attraverso il raccordo con altri servizi, strutture e agenzie del territorio;
    - 3) contatto con l'ambiente esterno e fruizione delle risorse del territorio da parte degli utenti;
    - 4) formazione del personale ed interventi per favorire l'inserimento del personale neoassunto e del personale volontario (affiancamento, tutoraggio ed altro);
    - 5) prevenzione del burnout, nel quale sono individuati i fattori di rischio e pianificate almeno le seguenti attività:
      - 5.1 riunioni organizzative degli operatori con periodicità almeno mensile;
      - 5.2 supervisione, con periodicità almeno semestrale, realizzata da personale di comprovata esperienza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro

**ALLEGATO B**

Al Coordinatore Ambito S01\_2

Via L. Da Vinci, sn

84012, Angri (SA)

PEC: [pianodizona.scafati@pec.it](mailto:pianodizona.scafati@pec.it)

\_\_1\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

legale rappresentante della \_\_\_\_\_

Con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ . P. IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Con espresso riferimento al Soggetto che rappresenta

Ai fini della richiesta di accreditamento per servizi di Telesoccorso

**DICHIARA**

1. di essere legale rappresentante del/la \_\_\_\_\_  
Ragione sociale \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
P. IVA \_\_\_\_\_

iscritta nel (*indicare se registro, albo, o altro*) \_\_\_\_\_  
di (*specificare il luogo ove l'iscrizione è tenuta*) \_\_\_\_\_  
con il numero (*specificare gli estremi di iscrizione*) \_\_\_\_\_;

2. che le persone che ricoprono cariche istituzionali all'interno dell'organizzazione (in conformità a quanto previsto dalla disciplina che regola la specifica natura giuridica del soggetto partecipante) sono le seguenti (*indicare nominativi e cariche ricoperte*): \_\_\_\_\_

- 
- 
3. che l'ente è iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_, (ovvero, se trattasi di soggetto di altro Stato membro non residente in Italia, indicare gli estremi dell'iscrizione in uno dei registri professionali o commerciali di cui all'allegato XI C del D.Lgs. n. 163/06);
  4. di avere il seguente numero di matricola INPS \_\_\_\_\_ con sede INPS di competenza di \_\_\_\_\_;
  5. di avere il seguente numero di posizione Assicurativa Territoriale (codice PAT - INAIL) \_\_\_\_\_ con sede di competenza di \_\_\_\_\_
  6. che l'Ufficio delle Entrate territorialmente competente per i controlli sulle dichiarazioni in materia di regolarità fiscale è \_\_\_\_\_
  7. il possesso delle autorizzazioni necessarie per lo svolgimento dell'attività oggetto d'affidamento;
  8. che non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di amministrazione controllata, di concordato preventivo e che non è in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
  9. che nei suoi confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della l. 27.12.1956, n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'articolo 10 della legge 31.12.1965, n. 575 e ss.mm.ii.;
  10. che nei suoi confronti non è stata emessa sentenza di condanna passata in giudicato oppure di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati che incidono sull'affidabilità morale e professionale;
  11. che non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della l. 19.03.1990, n. 55 e ss.mm.ii.;
  12. che non ha commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, contenuto nel D. Lgs. 81/08;
  13. che nell'esercizio della propria attività professionale non ha commesso grave negligenza, malafede o errore grave, accertato con qualsiasi mezzo di prova addotto dall'Ente richiedente e di non aver alcuna lite pendente con lo stesso;
  14. che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, c. 2 lett. a) e c), del D.Lgs n. 231/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
  15. che non sussistono nei confronti dell'organizzazione, nei propri confronti e nei confronti dell'organo amministrativo cause ostative ai sensi dell'art. 67 della L. n. 159/2011;

16. che è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori secondo la legislazione vigente;
17. che è in regola con gli obblighi fiscali relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione vigente;
18. che è in regola con gli obblighi in materia di sicurezza secondo la legislazione vigente;
19. che nell'anno antecedente a quello attuale non ha reso false dichiarazioni in merito ai requisiti e alle condizioni rilevanti per la partecipazione alle procedure di gara;
20. che ha ottemperato alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ex legge n. 68/1999 (o legge equivalente per le imprese di altro Stato U.E.), oppure la ditta non è soggetta agli obblighi di cui alla L. 68/1999 (*cancellare la voce che non interessa*);
21. l'impegno, nell'esecuzione del servizio, ad osservare le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro contenute nel D. Lgs. 81/2008;
22. di impegnarsi ad utilizzare, in caso di accreditamento, così come disposto dall'art. 3 della L. 13/08/2010 n.136, uno o più conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la società Poste italiane spa, dedicati alle commesse pubbliche, e a darne comunicazione alla stazione accreditante, fornendo gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante  
firma leggibile e per esteso e timbro

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e trasmessa unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**ALLEGATO C**

Spett.le  
Ambito Territoriale S01\_2  
Comune di Scafati Capofila  
Via L. Da Vinci snc  
84012 Angri Sa

**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA (art. 88 co. 4-bis e art. 89 D. Lgs. 159/2011)**  
**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio**  
(artt. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (che si allega in copia)  
in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'impresa \_\_\_\_\_  
codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_ avente la  
sede in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/00;
- sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

ai sensi della vigente normativa antimafia, che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni

Data

Firma

---

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente via posta elettronica certificata o tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**ALLEGATO D**

**Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi**

Spett.le  
Ambito Territoriale S01\_2  
Comune di Scafati Capofila  
Via L. Da Vinci snc  
84012 Angri Sa

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

\_I\_ sottoscritt\_ (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della società \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

ai sensi dell' art. 85, comma 3 del D.Lgs 159/2011:

1) di avere attualmente i seguenti familiari conviventi di maggiore età \*\*

(indicare, per ciascun familiare convivente, **NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE**):

---

---

---

---

---

---

---

---

2) e che, con riferimento all'ultimo triennio (barrare l'opzione corrispondente alla propria condizione):

- o la situazione familiare di cui al punto 1) non ha subito modificazioni
  
- o i familiari conviventi di maggiore età sono stati i seguenti (indicare, per ciascun familiare convivente, **NOME, COGNOME, LUOGO E DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE**):

---

---

---

---

---

---

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma leggibile del dichiarante(\*)

**N.B.: La presente dichiarazione deve essere compilata esclusivamente in formato Word.**

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria.**

(\*) La dichiarazione sostitutiva va redatta da tutti i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011.

(\*\*) Per "familiari conviventi" si intendono "chiunque conviva" con i soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs 159/2011