



**PROCEDURA APERTA PER LA STIPULA DI UN ACCORDO QUADRO MULTI
OPERATORE PER LO SVOLGIMENTO SOGGIORNI SOCIO-RIABILITATIVI
ESTIVI A FAVORE DI MINORI ED ADULTI CON DISABILITA' RESIDENTI NEL
TERRITORIO DELLA ASL ROMA 1**

ALLEGATO 7 SCHEDA TECNICA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, Prov. _____, il _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di _____ e legale rappresentante della _____, con sede in _____, Prov. _____, via _____, n. _____, CAP _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____, di seguito denominata "impresa",

- ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto;
- ai fini della partecipazione alla procedura per lo svolgimento soggiorni socio-riabilitativi estivi a favore di minori ed adulti con disabilità residenti nel territorio della Asl Roma 1

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) di presentare offerta per la seguenti tipologia di utenti (flaggare con una X):

indicare Adulti con Disabilità (Servizio Disabili Adulti)

indicare Minori con Disabilità (TSMREE)

indicare utenti con Disagio Mentale (DSM))

2) che i pacchetti che intende presentare sono i seguenti (flaggare con una X):

indicare Livello Basso

indicare Livello Medio

indicare Livello Alto

indicare Livello Altissimo

3) Che si intende realizzare soggiorni nei seguenti Distretti (flaggare con una X):

Distretto 1

Distretto 2

Distretto 3

Distretto 13

Distretto 14

Distretto 15

4) Che la tipologia di soggiorno che si intende realizzare è la seguente (flaggare con una X):

Soggiorno standard

Autogestito

Individuale

Soggiorno Breve

5) che nei mesi indicati è disponibile ad effettuare il seguenti numero di turni

(flaggare con una X e indicare il n.):

Giugno n.... Luglio n.... Agosto n.... Settembre n....

Ottobre n... Novembre n..... Dicembre n.....

6) che le modalità di accompagnamento che intende prestare sono le seguenti:

Mezzi propri (descrizione)

Mezzi Pubblici

Mezzi Noleggiati.....

Mezzi attrezzati per trasporto Disabili motori.....

7) che le località, le strutture utilizzare e le professionalità del personale impegnato sono (flaggare con una X):

Mare Collina Montagna Lago Città D' Arte

8) Tipologia di strutture (flaggare con una X):

Albergo Villaggio Agriturismo Residence Bungalow

9) Caratteristiche del personale impiegato (flaggare con una X)::

Operatore con incarico di capogruppo – OTA – OSS – Educatore Professionale

Operatore Assistenza Diretta OTA – OSS

Infermieri

 Altro

10) Che il referente incaricato per l' organizzazione dei soggiorni è il sig.....

 recapito telefonico

 indirizzo e- mail

11) Che l'Operatore è in possesso del rating di legalità (flaggare con una X il numero di stelle possedute e allegare il certificato):



_____, li _____

Firma del legale rappresentante¹

1 La firma autografa deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità (in corso di validità) del dichiarante