

**Allegato A) – Domanda di partecipazione**

**All'Ufficio di Piano  
Comune di Massafra**

**Oggetto:** Avviso Pubblico finalizzato ad individuare Soggetti E.T.S. disponibili ad accreditarsi con l'Ambito Territoriale di Massafra per l'utilizzo di *voucher* centri estivi inclusivi per *persone con disturbo dello spettro dell'autismo finanziate dal Fondo per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (D.P.C.M. 29 luglio 2022 – DGR 1918/2023)* – **domanda di partecipazione**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione E.T.S.

proponente \_\_\_\_\_ con sede legale in

\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare alla procedura di cui all'Avviso Pubblico "CENTRI ESTIVI INCLUSIVI "

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del citato decreto, a tal fine

**DICHIARA**

*il possesso dei seguenti requisiti di ordine generale*

forma giuridica dell'organizzazione \_\_\_\_\_

estremi di iscrizione al R.U.N.T.S. \_\_\_\_\_

l'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80, del D. Lgs. n. 50/2016;

l'assenza di ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge 241/1990 e ss.mm.ii..

di essere un soggetto di cui all'art. 4 del D. Lgs. 3 luglio 2017 n. 117 operante in ambito educativo, ludico-ricreativo a favore di minori, che persegue finalità di interesse generale, ai sensi dell'art. 5 del D. Lgs. 3 luglio 2017 n. 117, in campo educativo/ricreativo/sociale

il possesso dei seguenti requisiti di idoneità professionale ed esperienza pregressa

di aver svolto, con buon esito, attività analoghe a quelle oggetto del presente Avviso in favore di soggetti pubblici e/o privati nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
di possedere comprovata capacità tecnica e organizzativa nella gestione di servizi rivolti a persone con disturbo dello spettro dell'autismo di età compresa tra 5 e 21 anni desumibile da un'esperienza almeno biennale  
di avere sede operativa in uno dei comuni dell'Ambito Territoriale di Massafra

### Presentazione delle attività del Centro Estivo Inclusivo

**Denominazione del Centro**

---

**Sede operativa del Centro**

(comune) \_\_\_\_\_

(indirizzo) \_\_\_\_\_

**Nome e cognome del referente di progetto:**

---

**Recapiti del referente di progetto:**

Email: \_\_\_\_\_ (PEC se disponibile) Tel. \_\_\_\_\_

**Fascia di età:**

- 5 - 11 anni
- 12 - 16 anni
- 17 - 21 anni

**Il centro estivo presenta:**

- solo spazi chiusi
- solo spazi aperti
- spazi chiusi e aperti

**Estensione oraria giornaliera:** dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Periodo di attività del Centro:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Ricettività massima del Centro:** n. \_\_\_\_\_

di cui n. \_\_\_\_\_ persone affette da disturbo dello spettro autistico

**Composizione dell'équipe multiprofessionale** (*numero e qualifica personale coinvolto*) :

---

---

---

---

---

---

**Caratteristiche dell'ente ovvero del raggruppamento proponente**

*Esperienze maturate con riferimento ad interventi realizzati a favore di persone con disturbi dello spettro dell'autismo*

---

---

---

---

---

---

*Qualità e quantità della Partnership attivata*

---

---

---

---

**Descrizione progettuale**

*obiettivi, contenuti e articolazione delle attività con specifica differenziazione delle stesse per le diverse fasce di età*

---

---

---

---

---

---

*Qualità delle professionalità previste per la realizzazione delle attività*

---

---

---

---

---

---

*Innovatività della proposta e/o capacità di integrarsi con le risorse del territorio già presenti*

---

---

---

---

---

---

*Capacità di attivazione e/o di accesso a percorsi di formazione specialistica per gli operatori coinvolti*

**Strumenti di monitoraggio**

*Modalità e strumenti per la verifica del conseguimento degli obiettivi e dei risultati da raggiungere in relazione a ciascun beneficiario*

**Qualità di gestione economica e Compartecipazione**

*Chiarezza e coerenza del piano finanziario proposto, con un livello di dettaglio quanto più approfondito possibile*

---

---

---

---

---

---

*Grado di compartecipazione (risorse umane, materiali, tecnico- professionali, finanziarie, spazi per la realizzazione delle attività, ecc.. messi a disposizione dal raggruppamento e la descrizione e quantificazione puntuale delle stesse)*

---

---

---

---

---

### Piano dei costi

| Voce di costo   | Vincoli        | Costo complessivo per 4 settimane di attività |
|---|----------------|---|
| Risorse umane   | Minimo il 70%  | €   |
| Eventuali beni, attrezzature e/o servizi aggiuntivi strettamente funzionali alla realizzazione delle attività | Massimo il 25% | €   |
|   | Massimo il 5%  | €   |
| Costi amministrativi e gestionali   |                |   |
|   | <b>TOTALE</b>  | €   |

Tariffa settimanale pro capite: € \_\_\_\_\_

### DICHIARA, altresì

di essere a conoscenza dei contenuti dell' *Avviso Pubblico "CENTRI ESTIVI INCLUSIVI"* e della normativa di riferimento e di accettarli incondizionatamente e integralmente.

(Luogo, data)

(firma leggibile)

---

---

### ALLEGA, inoltre, la seguente documentazione

- ❖ Atto e Statuto dell'ente proponente;
- ❖ C.V. dell'ETS proponente e degli eventuali partner
- ❖ C.V. del coordinatore e del personale impiegato
- ❖ Copia fotostatica fronte-retro del documento di identità del sottoscrittore