



## COMUNITÀ della PAGANELLA

P.zzale Paganella, n. 3 38010 ANDALO  
tel. 0461.585230 - fax 0461.589170  
e-mail: [sociale@comunita.paganella.tn.it](mailto:sociale@comunita.paganella.tn.it)  
pec: [comunita@pec.comunita.paganella.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.paganella.tn.it)

### SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE

Allegato B)

Spett.le  
Servizio Socio-assistenziale  
Comunità della Paganella  
Piazzale Paganella, 3  
38010 Andalo (TN)

PEC: [comunita@pec.comunita.paganella.tn.it](mailto:comunita@pec.comunita.paganella.tn.it)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AD ELENCHI APERTI DI SOGGETTI PRESTATORI  
ACCREDITATI PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
E DI CONTESTO A FAVORE DI PERSONE ANZIANE ED IN SITUAZIONE DI  
FRAGILITÀ RESIDENTI NEL TERRITORIO DELLA COMUNITÀ’ DELLA  
PAGANELLA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28  
DICEMBRE 2000, N. 445**

### IL SOTTOSCRITTO

Consapevole delle sanzioni pensali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l’accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall’adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

### DICHIARA I SEGUENTI DATI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)

CODICE FISCALE 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**NELLA SUA QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DEL SEGUENTE SOGGETTO  
PRESTATORE**

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_  
COD. FISCALE \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_  
SEDE LEGALE IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
COMUNE \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
SEDE OPERATIVA IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
COMUNE \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'iscrizione all'elenco aperto di soggetti prestatori accreditati per la realizzazione di servizi di assistenza domiciliare e di contesto a favore di persone anziane/fragili residenti nel territorio della Comunità della Paganella.

### A TAL FINE DICHIARA:

#### *Requisiti generali*

☐ di essere in possesso dell'autorizzazione e dell'accreditamento definitivi ad operare in ambito socio-assistenziale per l'area Età anziana, aggregazione funzionale "domiciliare e di contesto", ai sensi del vigente Catalogo dei servizi socio-assistenziali (approvato con delibera della Giunta provinciale n. 2187 di data 23.12.2024);

☐ che l'autorizzazione e l'accreditamento di cui al punto precedente sono stati rilasciati con atto n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_.

#### *Requisiti specifici*

☐ rispetto dei diritti degli utenti riconosciuti da convenzioni internazionali, da disposizioni a tutela dei consumatori e dalle carte dei servizi;

☐ assenza di interruzioni di servizi socio-assistenziali, svolti in convenzione con Enti pubblici, causate da inadempimenti contrattuali del Soggetto prestatore e ad esso imputabili nei 10 (dieci) anni precedenti la richiesta di iscrizione all'Elenco;

☐ disponibilità ad utilizzare strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei servizi offerti anche con il coinvolgimento dei beneficiari e delle loro famiglie condivisi con il Servizio Socio-assistenziale;

☐ esperienza pregressa e diretta di gestione di servizi di assistenza domiciliare di almeno 2 anni negli ultimi 5 anni (si rinvia a quanto indicato nell'Avviso per un maggior dettaglio del requisito) presso i seguenti Enti e per i seguenti periodi:

| ENTE | PERIODO |
|------|---------|
|      |         |
|      |         |
|      |         |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**DICHIARA INOLTRE DI:**

- ☐ accettare le condizioni contenute nelle “Linee Guida in materia di realizzazione di servizi e interventi socio-assistenziali tramite corresponsione di tariffe ai soggetti accreditati”, Allegato D alla deliberazione della Giunta provinciale n. 548 di data 17 aprile 2025;
- ☐ accettare le condizioni degli interventi specificate nell’Avviso e nella Convenzione allo stesso allegata;
- ☐ accettare le tariffe definite nell’Avviso e nella Convenzione allo stesso allegata;
- ☐ dichiara di aver preso visione del Codice di comportamento dei dipendenti della Comunità della Paganella, pubblicato sul sito istituzionale dell’Ente.

Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

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

*(Sottoscrizione mediante firma digitale o firma elettronica qualificata oppure, se sottoscritto con firma autografa, la domanda è scansionata e inviata via pec unitamente a copia del documento di identità)*

Allegati (tutti i seguenti moduli devono essere allegati alla domanda ai fini dell’ammissibilità):

- ☐ Allegato B1 Dichiarazione assenza cause di esclusione
- ☐ Allegato B2 Comunicazione antimafia
- ☐ Allegato B3 Informazione antimafia
- ☐ Allegato B4 Dichiarazione conto corrente dedicato