

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
RIGUARDANTE I CRITERI DI VALUTAZIONE  
PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO  
finalizzato all'inserimento nell'Albo dei Soggetti erogatori  
del Servizio di Assistenza Domiciliare  
nell'ambito dell'Unione dei Comuni "CASTELLI MORENICI"**

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

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di/del/della

\_\_\_\_\_

avente sede legale a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cod. Fisc \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

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

PEC \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, ai fini della partecipazione all'inserimento nell'Albo dei Soggetti accreditati per l'erogazione del S.A.D. nell'Unione dei Comuni "CASTELLI MORENICI", consapevole altresì che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questo soggetto erogatore decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

**DICHIARA**

relativamente ad ogni criterio riportato nella tabella sottostante, le seguenti specifiche:

<b>Codice Criterio</b>	<b>Tipo Criterio</b>	<b>Descrizione Criterio</b>
1	FORMAZIONE	Descrizione sintetica degli eventi di formazione continua ed aggiornamento collettivi organizzati dal Soggetto stesso o da enti esterni ai quali hanno partecipato gli operatori del servizio S.A.D. nel biennio precedente, esclusi quelli obbligatori previsti dalla normativa vigente e di supervisione.

2	INNOVAZIONE E QUALITA'	Descrizione sintetica (massimo 10 righe) delle attività innovative e dei risultati ottenuti sperimentate nel biennio precedente che abbiano apportato maggior qualità al servizio S.A.D. erogato dal Soggetto a beneficio degli utenti.
3	ESPERIENZE SPECIFICHE	Numero dei casi di persone parzialmente autosufficienti/persone non – autosufficienti/soggetti disabili gestiti dal Soggetto nel biennio precedente.
4	COLLABORAZIONI CON LA P.A.	Elenco dei periodi di servizio svolti per Pubbliche Amministrazioni nel biennio precedente* <i>* N.B.: L'Ente Accreditante si riserva la facoltà di accertare direttamente con la/e P.A. interessata/e la qualità del servizio prestato</i>

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro, nome e cognome del sottoscrittore)

*Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005  
come modificato dal D.Lgs. 235/2010*