



REGIONE ABRUZZO

Allegato B: MODELLO DI DOMANDA

(da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti nello sportello telematico sul sito web della Regione Abruzzo al seguente link: <https://sportello.regione.abruzzo.it> e allegando la necessaria documentazione probatoria delle spese sostenute.)

REGIONE ABRUZZO
Dipartimento Lavoro-Sociale
Servizio Tutela Sociale - Famiglia

OGGETTO: ISTANZA PER CONTRIBUTI AI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA' AI SENSI DEL DPCM 23 LUGLIO 2020 e s. m. e i..

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

data di nascita _____ Comune _____ Prov. _____

C.F. _____

Residente in via/piazza _____ -

Comune _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

PEC _____

in qualità di Legale Rappresentante (o delegato secondo le modalità indicate nell'art. 3 dell'avviso regionale):

Ragione Sociale: _____

C.F./ Partita IVA: _____

con Sede Legale in

e Sede operativa territoriale in

chiede l'accesso al contributo per il riconoscimento delle spese sostenute per i protocolli di sicurezza di prevenzione e contrasto alla epidemia da covid-19 dagli Enti e Amministrazioni gestori dei Centri semiresidenziali per persone con disabilità autorizzati ed operanti nella Regione Abruzzo ai sensi del dpcm 23

luglio 2020; a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dalla medesima normativa in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

Di essere Ente Gestore del Centro semiresidenziale per persone con disabilità Denominato

Con sede in _____, via _____ n. civ.: _____

Tel. _____, eventuale sito WEB _____

Che la struttura sopra indicata garantisce la seguente tipologia di servizio (apporre una X a fianco del servizio di interesse e indicare nel riquadro il nr. di utenti frequentanti alla data del 17 marzo 2020):

- a) servizio semiresidenziale per disabili a carattere socio-assistenziale: utenti n. _____
- b) servizio semiresidenziale per disabili a carattere socio-educativo: utenti n. _____
- c) servizio semiresidenziale per disabili polifunzionale: utenti n. _____
- d) servizio semiresidenziale per disabili a carattere occupazionale: utenti n. _____
- e) servizio semiresidenziale per disabili sanitario e socio-sanitario: utenti n. _____

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, che alla data del 17 marzo 2020 la struttura sopra nominata aveva in carico n. _____ utenti regolarmente frequentanti;

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, che nel periodo decorrente dal 17 marzo al 31 dicembre 2020, per l'osservanza dei protocolli di sicurezza di contrasto alla epidemia da COVID-19, ha sostenuto spese per complessivi € _____, le quali sono state regolarmente quietanzate entro il 14 febbraio 2021, come di seguito riportate:

tipologia spesa (art. 2 DPCM 23 luglio 2020)	Spesa sostenuta nel periodo dal 17.03.2020 al 31.12.2020	Estremi giustificativi della quietanza di pagamento della spesa sostenuta dal 17.03.20 al 31.12.20 (quietanza alla data del 14/02/2021)
a) acquisto di strumenti diagnostici o di misurazione della temperatura;		
b) formazione specifica del personale relativamente alle modalità con le quali prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS COV-2;		
c) acquisto di prodotti e sistemi per l'igiene delle mani, igiene respiratoria, nonché dispositivi di protezione individuale, incluse le mascherine di tipo chirurgico;		
d) costi di sterilizzazione delle attrezzature utilizzate e sanificazione ambientale;		
e) interventi di manutenzione ordinaria e sanificazione degli impianti di climatizzazione;		
f) acquisto di strumenti per la comunicazione delle informazioni di sicurezza;		

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che l'erogazione dei finanziamenti oggetto della presente istanza è subordinata alla positiva verifica, a cura dell'Ufficio competente della Regione Abruzzo, dell'eventuale acquisizione della dichiarazione antimafia, qualora l'Ente gestore sia soggetto a tale adempimento.

ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA (barrare a fianco delle voci):

1.	Copia dei titoli di spesa e le relative quietanze per i quali si chiede l'indennità	
2.	Elenco dei titoli di spesa e delle quietanze delle spese presentate e riportate nel file excell che completa il modello di domanda	
3.	Copia dell'atto di accreditamento e/o di autorizzazione al funzionamento rilasciata dall'Ente preposto	
4.	Eventuale delega di rappresentanza della titolarità	