



***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19***  
***CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA***  
***UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA***  
Mail: [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com)  
PEC: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)  
Tel 095/7447121

**ALLEGATO SUB B**

## **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

SCADENZA 4 SETTEMBRE 2020

### **A FAR PARTE DI UNA LONG LIST DI ENTI DEL TERZO SETTORE DISPONIBILI A REALIZZARE PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD “NUOVE POVERTA”**

Il Distretto Socio Sanitario 19, fra le azioni individuate all'interno del Piano di Zona 2018/2019, ha previsto la realizzazione di interventi a favore di soggetti che vivono situazioni familiari e/o personali problematiche, a seguito del verificarsi di eventi imprevisti che determinano momentanea e importante difficoltà economica, tale da ingenerare un significativo cambiamento nello stile di vita, (Crisi coniugale e separazione/ Tracollo finanziario/Fuoriuscita circuiti penale e di dipendenza a vario titolo quali droga, alcool, ludopatia e simili). Nei confronti di tali soggetti ci si propone di intervenire in un percorso di accompagnamento e sostegno attraverso la predisposizione di strumenti di presa in carico sociale ed interventi per il raggiungimento di un maggior grado di autonomia ed autosufficienza

I progetti, della durata di mesi sei, prevedono la scelta dell'Ente Gestore del Progetto da parte del beneficiario e l'emissione di voucher di servizio a copertura delle spese di realizzazione del progetto pari ad € 500.00 più il 20% per gli oneri di gestione e IVA al 5% se dovuta. Per ogni progetto semestrale sarà, pertanto, emesso un voucher dell'importo complessivo, IVA inclusa, di € 3780.00.

Nei confronti dei beneficiari si propone di attivare dei percorsi di tutoring, volti al superamento della difficoltà attraverso:

- \* la risoluzione dell'emergenza abitativa per 6 mesi rinnovabile in caso di estrema necessità in gruppi appartamento
- \* la presa in carico in sistemi di rete sociale che favoriscano l'inserimento lavorativo e/o la riqualificazione professionale,
- \* il sostegno morale/psicologico e l'ausilio per le esigenze fondamentali di vita (sostegno alimentare, farmaceutico, ecc.)

In riferimento al progetto di cui sopra, il Distretto Socio Sanitario 19 intende costituire una long list di Enti del Terzo Settore che si pongano come ENTI GESTORI del Progetto personalizzato sviluppato a favore del beneficiario.

Gli Enti Gestori assumono a loro carico misure di carattere pratico come inserimento in gruppi appartamento, eventuale previsione delle spese per cure mediche, sostegno di carattere alimentare, inserimento in liste di collocamento, ausilio per la ricerca di lavoro, inserimento in corsi di formazione professionale o in percorsi di recupero scolastico, ecc, oltre che misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari.

L'immobile, arredi, ed attrezzature necessarie alla realizzazione del progetto dovranno essere garantite dall'Ente terzo, iscritto alla long list .

Il contributo è, secondo un elenco non esaustivo, volto a sostenere in quota parte le spese DI AFFITTO, SPESE DI UTENZA, SPESE PER ACQUISTO DI BENI DI PRIMA NECESSITA' (VESTIARIO, ALIMENTI ETC), SPESE DI CURA, rimborsi quali acquisto titoli di viaggio, buoni benzina etc..

Gli Enti del Terzo Settore interessati a fare parte della progettualità sopra descritta e pertanto ad essere iscritti alla relativa long list, dovranno fare pervenire al Distretto Socio Sanitario 19, a mezzo pec: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it), entro il 4 Settembre 2020 propria manifestazione di interesse ad



***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19***  
***CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA***  
***UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA***

Mail: [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com)  
PEC: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)  
Tel 095/7447121

essere iscritti alla long list e a partecipare alle progettualità a favore delle cd “Nuove Povertà”, compilando ed inviando la relativa istanza unitamente agli allegati ivi indicati.

Per l’iscrizione alla predetta long list occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

- 1) Iscrizione alla Camera di Commercio
- 2) Iscrizione all’albo del Terzo Settore o equivalente
- 3) assenza delle cause di incompatibilità di cui all’articolo 80 del d.lgs 50/2016
- 4) regolarità della posizione previdenziale ed assicurativa

**Si dà atto che tale avviso ha carattere aperto** e sarà, pertanto possibile accedere all’iscrizione alle Long List anche dopo la scadenza prima prevista, a fronte della presentazione della documentazione richiesta

Il Distretto Socio Sanitario 19, verificata la sussistenza dei requisiti richiesti, provvederà, dopo la sottoscrizione per accettazione delle linee guida redatte da questo distretto a supporto del progetto, all’inserimento dell’Ente Richiedente nella relativa Long List.

L’iscrizione alla Long List non fa sorgere in capo all’Ente del Terzo Settore alcun diritto in esito all’affidamento di servizi da parte del Distretto Socio Sanitario 19, in quanto la presente procedura si realizza per il tramite dell’emissione di voucher di servizio a seguito di libera scelta dell’Ente Gestore da parte del beneficiario del progetto.

SONO DA CONSIDERARSI ALLEGATI ALLA PRESENTE LO SCHEMA DI ISTANZA, L’AUTOCERTIFICAZIONE DA RENDERSI IN RIFERIMENTO AL POSSESSO DEI REQUISITI RICHIESTI, LE LINEE GUIDA EMANATE DAL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19.

Responsabile Unico del Procedimento  
d.ssa M. Carrubba

Responsabile UAS Piano di Zona  
d.ssa G. Scalia



***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19***  
***CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA***  
***UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA***

Mail: [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com)  
PEC: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)  
Tel 095/7447121

**ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST DI ENTI DISPONIBILI  
A REALIZZARE PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD “NUOVE POVERTA”**

**Soggetto Proponente**

Denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice ATECO \_\_\_\_\_ N. d'iscrizione CCIAA \_\_\_\_\_

Luogo e data d'iscrizione \_\_\_\_\_

Descrizione attività \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

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

Pec \_\_\_\_\_

Si dichiara disponibile a realizzare progetti di sostegno a favore delle cd “nuove povertà”, come meglio definite nelle linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19, e a tal fine

**CHIEDE**

L'iscrizione alla long list degli Enti Gestori dei progetti a favore delle cd “Nuove Povertà”, di cui al Piano di Zona 2018/2019

A tal fine dichiara che:

può assicurare ai beneficiari la fruizione di idonea soluzione alloggiativa, anche in gruppi appartamento, comprensiva di utenze di luce ed acqua, in strutture che garantiscono una dignitosa sistemazione al beneficiario/a, la possibilità di fruire sia di spazi privati che di spazi comuni, dovrà essere



***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19***  
***CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA***  
***UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA***

Mail: [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com)  
 PEC: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)  
 Tel 095/7447121

dotata di cucina e servizi. In particolare comunica che la/le struttura/e abitative da mettere a disposizione sono le seguenti:

1) Tipologia(gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) \_\_\_\_\_ -

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

N° POSTI LETTO DISPONIBILI \_\_\_\_\_, N° STANZE \_\_\_\_\_ N° SERVIZI COMUNI \_\_\_\_\_

N° SERVIZI IGIENICI \_\_\_\_\_.

2) Tipologia(gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) \_\_\_\_\_ -

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

N° POSTI LETTO DISPONIBILI \_\_\_\_\_, N° STANZE \_\_\_\_\_ N° SERVIZI COMUNI \_\_\_\_\_

N° SERVIZI IGIENICI \_\_\_\_\_.....

E' altresì disponibile ad attivare tali ulteriori servizi a favore del beneficiario, sempre nel limite del valore del voucher riconosciuto, nei seguenti ambiti:

TIPOLOGIA DI INTEVENTO	SI	NO
politiche attive di ricerca di una attività lavorativa		
strumenti volti al superamento del gap economico		
inserimento in liste di collocamento		
inserimento in corsi di formazione professionale		
spese per cure mediche		
sostegno alimentare		
riqualificazione professionale		
misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari		
Spese trasporto (biglietti mezzi pubblici/ buoni benzina, ecc.)		
Altro (specificare)		

A tal fine dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Gravina di Catania tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Dichiara altresì di prestare specifico consenso al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, nei limiti dell'oggetto della presente procedura



***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19***  
***CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA***  
***UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA***

Mail: [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com)  
PEC: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)  
Tel 095/7447121

Si allegano alla presente certificazione sul possesso dei requisiti e documento di identità del legale rappresentante

Luogo Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

**PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD "NUOVE POVERTA'**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre**  
**2000, n. 445)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante  
de \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, P. IVA \_\_\_\_\_ al fine

di poter essere iscritto alla long list degli Enti Gestori chiamati a gestire progetti di sostegno a favore  
delle cd "nuove povertà", come da Piano di Zona 2018/2019 del Distretto Socio Sanitario 19

**Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di  
dichiarazioni non veritiere**

**DICHIARA**

1. Di essere in regola con la normativa sulla salute e sulla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui art D. Lgs.n. 81/2008 e successive modifiche,
2. Di essere in regola con la normativa di cui alla l. 68/99 e successive modifiche;
3. Che l'azienda risulta regolarmente iscritta presso C.C.I.A.A al n. \_\_\_\_\_.
4. Che l'azienda si trova nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e non si trova in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione attività;
5. Di essere in regola con l'applicazione del CCNL;
6. Di non essere destinataria di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle



***DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19***  
***CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA***  
***UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA***

Mail: [distrettosociosanitario19@gmail.com](mailto:distrettosociosanitario19@gmail.com)  
PEC: [ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it](mailto:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it)  
Tel 095/7447121

sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 giugno 2001, n. 23;

7. Di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 80 D.Lgs. 50/2016;
8. Di essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC);
9. Di garantire che l'attività del tirocinante sia coerente con il piano formativo;

L'Azienda esprime il consenso previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003. N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento dei dati che la riguardano per le finalità istituzionali.

L'azienda dichiara inoltre di aver preso visione ed accettato le linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19 a regolamentazione della materia.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

N. B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.  
Nel caso di delega, unire all'atto di delega, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante.