



**CITTÁ DI SORSO**  
***Servizio 3.2 Politiche Sociali***

**AVVISO PUBBLICO**

PER MANIFESTAZIONI DI INTERESSE FINALIZZATE ALLA CONCESSIONE DELLA GESTIONE DEL CENTRO SERVIZI POLIVALENTE PER DISABILI PRESSO IL POLO SOCIALE SANT'ANNA

**DIS-ABILITY**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALL'ACCREDITAMENTO REGIONALE**

**Al Comune di Sorso**  
*Servizio 3.2 Politiche Sociali*  
*Procedura telematica tramite Sardegna CAT*

Il/La sottoscritto/a [Nome e Cognome Legale Rappresentante], nato/a a [luogo] il [data], codice fiscale [\_\_\_\_], in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente [Denominazione completa ETS], con sede in [indirizzo], C.F./P.IVA [\_\_\_\_],

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità di dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000):

1. che l'Ente si impegna formalmente a conseguire l'accreditamento regionale ai sensi della D.G.R. n. 816 del 28 febbraio 2006 e successive modifiche/integrazioni ("Requisiti minimi per le strutture socio-assistenziali"), entro 60 giorni dall'aggiudicazione della concessione;
2. che, in caso di affidamento, presenterà domanda di accreditamento presso l'Assessorato regionale alle Politiche Sociali completa di:
  - documentazione tecnica sul servizio (Scheda Tecnica, organigramma, piano qualità);
  - verifica requisiti strutturali/spazi Polo Sant'Anna;
  - piano economico-finanziario triennale;
3. che il servizio rispetterà integralmente gli standard regionali (personale qualificato, 220 gg/anno, 20 posti, KPI Indicatori di Performance) già dalla fase di avvio, in attesa dell'accreditamento formale.

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

Firma \_\_\_\_\_