

**Modello D**

*(su carta intestata della struttura)*

**Spett.le DISTRETTO Socio Sanitario RM 5.2**

**Capofila Comune di Guidonia Montecelio**

[protocollo@pec.guidonia.org](mailto:protocollo@pec.guidonia.org)

**OGGETTO: Dichiarazione Responsabile della Struttura relativamente all'Accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali che prestano servizi socio assistenziali nel Distretto Socio Sanitario RM 5.2, ai sensi della DGR 124/2015 e DGR 130/2018.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di legale Rappresentante della Struttura denominata

\_\_\_\_\_

Con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico Struttura \_\_\_\_\_

Email e PEC \_\_\_\_\_

DICHIARA di essere in possesso di:

1 - TITOLO DI STUDIO (barrare il titolo posseduto)

Laurea di secondo livello in \_\_\_\_\_  
(ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie);

Laurea di primo livello in \_\_\_\_\_  
(ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie);

Diploma di scuola secondaria superiore \_\_\_\_\_

2- ESPERIENZA DOCUMENTATA (barrare il periodo e la tipologia di utenza di riferimento)

- minimo 2 anni
- minimo 4 anni
- minimo 6 anni di cui almeno 2 nel ruolo di responsabile

Nell'area d'utenza specifica della struttura:

- minori
- adulti con disabilità
- anziani
- persone con disagio sociale
- donne in difficoltà
- servizio di assistenza domiciliare pubblica

L'esperienza deve essere stata maturata o presso strutture residenziali, semiresidenziali e centri diurni socio-assistenziali autorizzati (pubblici o privati) o nel servizio di assistenza domiciliare pubblica per le tipologie di utenza per le quali il servizio è previsto e adeguatamente documentata.

#### SI IMPEGNA

1. A seguire un programma di aggiornamento di almeno 30 ore l'anno nell'area d'utenza specifica della struttura, finalizzato a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato con riguardo sia agli aspetti amministrativo-gestionali, sia agli aspetti socioassistenziali del servizio stesso. (Il programma annuale deve contenere le tematiche di aggiornamento, le tempistiche e la specificazione degli enti formatori fra quelli accreditati).
2. A trasmettere entro il 31 dicembre di ogni anno le certificazioni dell'avvenuto aggiornamento a pena della perdita del requisito d'esperienza previsto dalla DGR 124/2015 e s. m. i.
3. A far seguire un programma di aggiornamento di almeno 30 ore l'anno nell'area d'utenza specifica della struttura (minori, adulti con disabilità, anziani, persone con disagio sociale, donne in difficoltà), al personale della struttura, finalizzato a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato, a favorire l'approccio all'integrazione interprofessionale e, per le strutture che ne necessitano, ad approfondire il particolare aspetto dell'integrazione sociosanitaria.
4. A redige i programmi con la previsione delle tematiche di aggiornamento, con specifico riferimento alle diverse figure professionali, le tempistiche e la specificazione degli enti formatori fra quelli accreditati, nel rispetto di quanto previsto dai contratti collettivi di lavoro in riferimento alla formazione continua.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

---

Allega:

- CV,
- copia documento di identità in corso di validità.

L'ente si riserva di richiedere ai soggetti menzionati per l'attestazione dell'esperienza le certificazioni attestanti la veridicità di quanto dichiarato (contratto, iscrizione INPS, INAIL ecc.) e le attestazioni della formazione continua effettuata dal Responsabile e da tutto il personale della Struttura.