**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’ PER LA PARTECIPAZIONE AL BANDO PER L’ATTIVAZIONE NEL TERRITORIO DELL’ASST VALLE OLONA DI DIECI NUOVI POSTI IN NUCLEI ALZHEIMER IN RSA DA RICONOSCERE A SEGUITO DI RICONVERSIONE DI POSTI LETTO DI RSA ORDINARI GIÀ ACCREDITATI E A CONTRATTO, IN ATTUAZIONE DELLE DETERMINAZIONI DI CUI ALLA D.G.R. XII/850 DEL 08.08.2023**

**(ART 46 E 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_

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

nella sua qualità di :

🗆 Legale Rappresentante

🗆 Altro soggetto (es. Procuratore) munito di potere di Rappresentanza

dell’impresa/Ente (Ragione sociale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Partita Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** di partecipare al “bando per l’attivazione nel territorio dell’ASST Valle Olona di dieci nuovi posti in nuclei Alzheimer in RSA da riconoscere a seguito di riconversione di posti letto di RSA ordinari già accreditati e a contratto in attuazione delle determinazioni di cui alla D.G.R. XII/850 del 08.08.2023*”*

**CHIEDE** il riconoscimento di n……posti Alzheimer riconvertendo n……….posti letto ordinari accreditati a contratto

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

1. di essere un gestore di RSA accreditata per n. … posti letto e contrattualizzata per n……posti letto;
2. di garantire il possesso dei seguenti requisiti:
   * nucleo dedicato, attrezzato in modo adeguato alla gestione dei disturbi del comportamento e dotato di idoneo sistema di sicurezza anti-fuga;
   * minutaggio assistenziale minimo pari a 1220 minuti settimanali per ospite;
   * personale dell’équipe assistenziale specificatamente formato per l’assistenza ai pazienti affetti da demenza;
   * adeguato supporto psicologico agli operatori al fine di contenere lo stress lavoro correlato e il fenomeno del burn out;
   * collegamento con la rete dei servizi per le demenze, in particolare con i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze;
3. di garantire il possesso dei seguenti indicatori di qualità che assicurano l’appropriatezza dell’assistenza erogata:
   * presenza di un giardino Alzheimer attiguo al nucleo (10 punti);
   * standard di personale complessivo della RSA espresso in minuti settimanali per ospite riferito al mese di ottobre 2023 (fino ad un massimo di 10 punti in proporzione ai minuti settimanali erogati per ciascun ospite rispetto al minutaggio della RSA candidata con il minutaggio massimo, cui sono attribuiti 10 punti);
   * dotazioni tecnologiche specifiche per persone con demenza che ne facilitino l’orientamento rispetto agli spazi e all’utilizzo degli oggetti/servizi: esempio sistemi di illuminazione di orientamento, sistemi di monitoraggio degli spostamenti o altri sistemi domotici specifici (1 punto per ogni tecnologia adottata fino a un massimo di 5);
4. di allegare planimetrie sottoscritte da tecnico abilitato e dal Legale Rappresentante, con R.A.I., destinazioni d’uso e superfici, eventuale relazione tecnica ed organizzativo gestionale nella quale si descrive la presenza dei requisiti e degli indicatori di cui ai punti 2 e 3 della presente dichiarazione;
5. di allegare l’elenco personale di tutta la RSA con precisate le qualifiche e copia delle timbrature riferite al mese di ottobre 2023, nonché, per il medesimo periodo, il numero di giornate di presenza degli ospiti divisi per tipologie di ricovero (a titolo esemplificativo Stato vegetativo, Alzheimer, SLA);
6. di non aver concluso, ai sensi dell’art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001, contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque non aver attribuito incarichi, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali nei loro confronti per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2;
7. di aver preso visione e condivisione dei principi enunciati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023 – 2025 dell’A.T.S. Insubria, del Patto di Integrità in materia di contratti pubblici regionali, del codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici approvato con DPR n. 62/2013.

(luogo, data) IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente ai fini della presente richiesta, quindi ne autorizza il trattamento da parte dell’ATS dell’Insubria.**

(luogo, data) IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_