**DOMANDA DI AMPLIAMENTO DEI POSTI**

**ex art. 9 delle Linee Guida allegate al DM 18 novembre 2019**

**TIPOLOGIA DI ACCOGLIENZA: Accoglienza in favore di persone disabili e/o con disagio mentale o psicologico e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata (DM/DS)**

AL MINISTERO DELL’INTERNO

**Dipartimento per le Libertà Civili e l’Immigrazione**

 **Il/la sottoscritto/a**

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Nato/a a:

Provincia:

Il:

In qualità di:

* Legale rappresentante
* Soggetto delegato con potere di firma per l’Ente locale (Allegare atto di Delega del firmatario la domanda di ampliamento)

dell’Ente locale:

Sede in Via/P.zza, n.civico: Cap:

Città: Regione: Provincia:

**Dati del responsabile del progetto presso l’Ente locale**

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Nato/a a:

Provincia:

Il:

Telefono:

E-mail:

Pec:

**Dati riepilogativi del progetto SAI già finanziato**

|  |  |
| --- | --- |
| **Progetto di accoglienza integrata riservato a:** | Persone disabili e/o disagio mentale o psicologico e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata |
| **Codice Progetto:** |  |
| **Numero dei posti di accoglienza finanziati:** |  |
| **Soggetti beneficiari e numero dei posti:** |  Persone singole di sesso maschileNumero di posti: …  Persone singole di sesso femminileNumero di posti: …  Nuclei familiariNumero di posti: …  Nuclei familiari monoparentaliNumero di posti: … |
| **N. posti in strutture già attive e utilizzate nell'ambito del progetto SAI per DM/DS** (si ricorda che il totale dei posti delle strutture deve coincidere con il Numero dei posti di accoglienza finanziati): | * N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_
* N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_
* N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_

(*in caso di ulteriori strutture, aggiungere altre righe*) |
| **Costo totale annuale del progetto** (se del caso, comprensivo di cofinanziamento): |  |
| **Indicare il costo giornaliero a persona** (pro-die pro-capite: rapporto fra costo totale annuale del progetto e numero dei posti per cui si chiede il contributo, diviso per 365 giorni): |  |
| **Nel caso in cui l'ente locale sia titolare anche di altro/i progetto/i SAI per ORD e/o MSNA, indicare N. posti in strutture già attive e utilizzate nell'ambito di questi progetti** | * N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_
* N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_
* N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_

(*in caso di ulteriori strutture, aggiungere altre righe*) |
| **Nel caso in cui sul territorio dell'ente locale insistano strutture afferenti ad altro progetto SAI, indicarne l'ente locale titolare e il N. posti in strutture già attive sul territorio** | * Progetto di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare l'ente locale titolare di progetto SAI con strutture sul proprio territorio)
* Tipologia di progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ORD-MSNA-DM/DS)
* N. posti\_\_\_\_ insistenti sul proprio territorio.
 |

CHIEDE

In conformità di quanto previsto dall’art. 11, comma 2 delle Linee Guida allegate al DM 18.11.2019, un ampliamento dei posti di accoglienza come segue:

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero dei posti per i quali si richiede l’ampliamento:** |  |
| **Soggetti beneficiari e il numero dei posti per i quali si richiede l’ampliamento:** | Numero di posti in ampliamento in favore della "accoglienza di persone con disagio mentale o psicologico" (DM)": Persone singole di sesso maschile Numero di posti in ampliamento: …  Persone singole di sesso femminileNumero di posti in ampliamento: … Nuclei familiariNumero di posti in ampliamento: …  Nuclei familiari monoparentaliNumero di posti in ampliamento: …Numero di posti in ampliamento in favore della "accoglienza di persone disabili e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata (DS)": Persone singole di sesso maschile Numero di posti in ampliamento: …  Persone singole di sesso femminileNumero di posti in ampliamento: … Nuclei familiariNumero di posti in ampliamento: …  Nuclei familiari monoparentaliNumero di posti in ampliamento: … |
| **Posti senza barriere architettoniche:** | * N. posti\_\_\_\_ senza barriere architettoniche
 |
| **Casistiche sanitarie per le quali si garantiscono servizi di presa in carico specialistica[[1]](#footnote-1):** |  |
| **Strutture da utilizzare per l'ampliamento** (si ricorda che il totale dei posti delle strutture deve coincidere con il Numero dei posti per i quali si richiede l'ampliamento) | * N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_
* N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_
* N. posti\_\_\_\_ sul territorio del comune di\_\_\_\_\_\_

(*in caso di ulteriori strutture, aggiungere altre righe*) |
| **Contributo annuale per ampliamento** (se del caso, al netto del cofinanziamento) |  |

A tal fine, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

* Di impegnarsi ad avvalersi di strutture aventi i requisiti dell’art. 19 delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019;
* Che le variazioni apportate alle strutture utilizzate saranno tempestivamente comunicate sulla base di quanto previsto dalle disposizioni contenute nel Capo IV delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019;
* Che l’utilizzo di strutture insistenti sul territorio di un ente locale non associato al progetto avverrà **previa acquisizione di una lettera di formale adesione da parte del rappresentante legale del Comune interessato**.

**DICHIARA INOLTRE**

Che i servizi di accoglienza erogati relativamente ai posti ampliati:

* Non saranno affidati a enti attuatori.
* Saranno affidati a enti attuatori nel rispetto del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e ss.mm. e della normativa, nazionale e regionale, di settore e sulla base del possesso dei requisiti previsti dall’art.10 delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019;

Nel caso di servizi affidati a enti attuatori, i relativi verranno tempestivamente comunicati all’indirizzo mailservizi.civili@pecdlci.interno.it

Fanno parte integrante della presente domanda i seguenti allegati:

* Atto attestante la delega del firmatario;
* Lettere di adesione da parte del legale rappresentante di Comuni, su cui insistono le strutture di accoglienza e non già aderenti al progetto SAI di cui è titolare l’ente locale richiedente;
* Ogni altro documento che si produce e che si chiede di acquisire con la presente domanda.
1. Indicare per quali casistiche sanitarie il progetto SAI può intervenire in maniera specialistica, sulla base delle peculiarità del territorio, della propria rete di riferimento e dell’équipe di progetto. [↑](#footnote-ref-1)