

Al Dirigente
Servizio Politiche di Inclusione Sociale – Città Solidale
del Comune di Napoli
Piano Sociale di Zona Ambito N1-10
Ufficio Protocollo Via Salvatore Tommasi, 19
80135 Napoli

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____
Nato/a _____ legale rappresentante

Indirizzo (sede legale) Via _____ n° _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

allega all'istanza per l'Accreditamento e la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2017" per NON AUTOSUFFICIENTI – INPS- Ex Gestione INPDAP il presente organigramma aziendale che riporta, in sintesi, la mappa dell'organizzazione nonché la suddivisione delle varie funzioni e attività aziendali articolate nelle differenti posizioni.

Denominazione dell'ENTE: _____

Organigramma:

Dipendenti/soci N° _____ di cui OSS N° _____ OSA N° _____ Educatori N° _____

Altro (specificare il profilo professionale)

_____ N° _____

_____ N° _____

Target utenza

Minori Incidenza sul totale attività _____%

Disabili _____%

Anziani (oltre 65 anni) _____%

Altro (specificare) _____%

Servizi/prestazioni offerti (vedi Bando Pubblico INPS - Progetto HCP ed 2017 Assistenza Domiciliare - da luglio 2017 al 31 dicembre 2018 - art 18 – Prestazioni Integrative). Indicare, per ciascun servizio laddove previsto, il possesso del titolo abilitativo di cui al regolamento regionale n.4/2014.

A -Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori

professionali: (OSS – Educatori Professionali) (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

C - Servizi e Strutture a carattere extra domiciliare (Funzionamento articolato su 4 ore con vitto): (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

C - Servizi e Strutture a carattere extra domiciliare (Funzionamento articolato su 10 ore con vitto): (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

Politiche di Inclusione Sociale – Città Solidale – Via S. Tommasi, 19 – 80135 Napoli

Tel 0817953201/fax 0817953226

mail: inclusione.sociale@comune.napoli.it - PEC mail: inclusione.sociale@pec.comune.napoli.it

D – Sollievo: (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

E - Trasferimento assistito: (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

G – Supporti: (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

L – Servizi per minori affetti da autismo: (breve descrizione degli interventi) max 5 righe

Altro (max 5 righe)

Data _____

IL DICHIARANTE

INFORMATIVA E CONSENSO AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

Il/La sottoscritto/a _____, *autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dello svolgimento degli adempimenti connessi alla procedura della suddetta selezione (informativa ai sensi del D. Lgs. 196/03 art. 13)*

Luogo e data _____

Timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante
