**Allegato 1**

**ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**ALLA REGIONE LAZIO**

**DIREZIONE REGIONALE PER L’INCLUSIONE SOCIALE**

*indennitastrutturesocialidisabili@regione.lazio.legalmail.it*

**oppure**

**DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE**

**SOCIOSANITARIA**

*indennitastrutturesanitariedisabili@regione.lazio.legalmail.it*

(da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti)

OGGETTO: istanza di manifestazione di interesse all’indennità di cui al DPCM 23 luglio 2020 e s.m.i. per l’erogazione di misure di sostegno agli enti o alle pubbliche amministrazioni che gestiscono strutture semiresidenziali e a ciclo diurno per persone con disabilità.

Il/La sottoscritto/a

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_

data di nascita Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_

Comune Prov. \_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico

E-mail

PEC

in qualità di legale rappresentante (o delegato del legale rappresentante) di:

Ragione Sociale:

C.F./ Partita IVA:

con Sede Legale in

e Sede operativa territoriale in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**PRESENTA**

istanza di manifestazione di interesse per l’accesso al contributo per il riconoscimento delle spese sostenute per i protocolli di sicurezza di prevenzione e contrasto alla epidemia da covid-19 dagli enti e amministrazioni gestori delle strutture semiresidenziali e a ciclo diurno per persone con disabilità autorizzate e/o accreditate nella Regione Lazio, ai sensi del DPCM 23 luglio 2020 come modificato dal DPCM 7 dicembre 2020.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dalla medesima normativa in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA**

**A)** di essere legale rappresentante (o suo delegato) dell’ente che gestisce la struttura a ciclo diurno o semiresidenziale per persone con disabilità denominato

con sede in , via n. civ.:

Tel. , eventuale sito WEB

**B)** Che la struttura sopra indicata garantisce la seguente tipologia di servizio (apporre una X a fianco del servizio di interesse e indicare nel riquadro il nr di utenti frequentanti alla data del 17 marzo 2020):

struttura semiresidenziale o a ciclo diurno per disabili a carattere socio-assistenziale utenti n.

struttura semiresidenziale o a ciclo diurno per disabili a carattere socio-educativo utenti n.

struttura semiresidenziale o a ciclo diurno per disabili polifunzionale utenti n.

struttura semiresidenziale o a ciclo diurno per disabili a carattere occupazionale utenti n.

struttura semiresidenziale o a ciclo diurno per disabili sanitario e socio-sanitario utenti n.

**C)** che alla data del 17 marzo 2020 la struttura sopra nominata aveva in carico n. utenti regolarmente frequentanti;

**D)** che nel periodo decorrente dal 17 marzo al 31 dicembre 2020, per l’osservanza dei protocolli di sicurezza di contrasto alla epidemia da COVID-19, ha sostenuto spese per complessivi Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le quali sono state regolarmente quietanzate secondo la normativa vigente, come di seguito riportate:

| **Tipologia spesa**  **(art. 2 DPCM 23 luglio 2020)** | **Estremi giustificativi della spesa sostenuta dal**  **17.03.2020 al 31.12.2020 con relativa quietanza di pagamento** | **Spesa sostenuta nel periodo dal 7.03.2020**  **al 31.12.2020** | **Importo richiesto** |
| --- | --- | --- | --- |
| a) acquisto di strumenti diagnostici o di misurazione della temperatura; |  |  |  |
| b) formazione specifica del personale relativamente alle modalità con le quali prevenire la trasmissione dell’infezione da SARS COV-2; |  |  |  |
| c) acquisto di prodotti e sistemi per l’igiene delle mani, igiene respiratoria, nonché dispositivi di  protezione individuale, incluse le mascherine di tipo chirurgico; |  |  |  |
| d) costi di sterilizzazione delle attrezzature utilizzate e sanificazione ambientale; |  |  |  |
| e) interventi di manutenzione ordinaria e sanificazione degli impianti di climatizzazione; |  |  |  |
| f) acquisto di strumenti per la comunicazione delle informazioni di sicurezza; |  |  |  |
| g) acquisto di tablet e dispositivi per videochiamate; |  |  |  |
| h) trasporto aggiuntivo derivante dalla riorganizzazione delle attività dovuta alla chiusura delle strutture |  |  |  |
| TOTALI |  |  |  |

**E)** che:

* la struttura opera con accreditamento e/o autorizzazione n.:
* rilasciata il:
* dall’Ente:

(copie da allegare all’istanza)

* L’IBAN del C/C dedicato ai contributi di cui all’oggetto è:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Intestato a Banca: Filiale:

Oppure:

CONTO DI TESORERIA UNICA n.

presso intestato a:

**F)** che le spese elencate alla lettera D) per le quale si chiede il contributo non sono state oggetto di contribuzione da parte di enti pubblici o privati. Qualora più canali di contributo legittimamente concorrano alla copertura di un costo sostenuto dall’ente gestore, quest’ultimo è ammesso a presentare la documentazione contabile attestante il costo purché venga distintamente indicata la quota di spesa non coperta da altri contributi e per la quale l’istanza è presentata.

**G)** di aver preso visione dell’articolo 9 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data Firma

ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA:

# documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario della richiesta. Se sottoscrive un delegato del rappresentante legale deve allegare anche la relativa procura;

1. titoli di spesa per i quali si chiede l’indennità con le relative quietanze di pagamento;
2. provvedimento di accreditamento e/o di autorizzazione al funzionamento rilasciata dall’ente preposto
3. documento di riepilogo in formato **excel** che riporti i titoli di spesa quietanziati con i relativi importi e la tipologia di spesa.