

**FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Direttore della Direzione Socio Educativa  
del Municipio Roma XV

MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA  
PROGETTUALE PER I SERVIZI DI CURA DOMICILIARE RIVOLTI AGLI ANZIANI\_AI DISABILI\_AI  
MINORI

Organismo \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con sede operativa in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_  
rappresentata da (Cognome Nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso per la presentazione dell'offerta progettuale per i servizi di cura domiciliare rivolti a

1. ANZIANI
2. DISABILI
3. MINORI

(sottolineare la/e categoria/e scelta)

A tal fine si allega:

- Fotocopia di un documento di identità valido del sottoscrittore;
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Si riporta il seguente indirizzo di posta elettronica certificata autorizzando l'Amministrazione all'utilizzo di tale mezzo per inviare le comunicazioni, impegnandosi a riferire altro indirizzo di posta elettronica certificata in caso di impossibilità d'uso del recapito dichiarato:

P.E.C. (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Presa visione dell'Avviso Pubblico e dei suoi allegati,

**SERVIZI DI CURA DOMICILIARE RIVOLTI AGLI ANZIANI - SAISA (Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona anziana)**

I piani di intervento che questo Organismo è disposto a realizzare sono i seguenti:

Tipologia: Piani di Intervento di assistenza individuale con relativi livelli di intensità assistenziale:

- N. P.I. .... **alta** intensità
- N. P.I. .... **medio/alta** intensità
- N. P.I. .... **media** intensità
- N. P.I. .... **bassa** intensità

Tipologia: Piani di assistenza di gruppo

N.....

**SERVIZI DI CURA DOMICILIARE RIVOLTI AI DISABILI - SAISH (Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona con handicap)**

Tipologia: Piani di Intervento di assistenza individuale con relativi livelli di intensità assistenziale:

N. P.I. .... **alta** intensità

N. P.I..... **medio/alta** intensità

N. P.I..... **media** intensità

N. P.I..... **bassa** intensità

Tipologia: Assistenza di gruppo con il seguente livello di intensità assistenziale:

N. .... **media** intensità

Tipologia: Individuale + gruppo con il seguente livello di intensità assistenziale:

N... .. **medio/alta** intensità

**SERVIZI DI CURA DOMICILIARE RIVOLTI AI MINORI - SISMIF (Servizio di integrazione e sostegno ai minori in famiglia)**

Tipologia: Piani di Intervento di assistenza individuale con relativi livelli di intensità assistenziale:

N. P.I. .... **alta** intensità

N. P.I..... **media** intensità

N. P.I..... **bassa** intensità

Tipologia: Piani di assistenza di gruppo

N.....

**ATTIVITÀ AGGIUNTIVE come da progetto offerta**

L'Organismo opererà in regime di IVA al ..... ai sensi dell'art. ....del ..... (in caso di esenzione I.V.A. specificare ai sensi di quale articolo di legge)

Luogo e data

Il legale rappresentante \_\_\_\_\_

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ