

**AVVISO PUBBLICO
PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA
INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE PER
"PROGETTI UTILI ALLA COLLETTIVITA'"
CON IL COINVOLGIMENTO DI
BENEFICIARI DI REDDITO DI CITTADINANZA
AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE
PERIODO 2022-2024**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante della
Società Cooperativa – Organizzazione – Associazione – Ente

_____ con sede legale in _____ Via _____

Codice Fiscale/Partita I.V.A. _____

Telefono _____ fax _____ E-mail _____

E-mail certificata _____

visto l'avviso pubblico in data 24/05/2022 per l'acquisizione di manifestazione di interesse per la individuazione di soggetti di Terzo Settore per "Progetti utili alla collettività" con il coinvolgimento di beneficiari di Reddito di Cittadinanza del Ambito Territoriale Bassa Bresciana Occidentale per il periodo 2022-2024

CHIEDE

di aderire alla Manifestazione d'interesse di cui all'oggetto secondo il progetto/i progetti di cui alla/alle scheda/e allegata/e.

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci



DICHIARA

che le attività proprie della Società Cooperativa/Associazione/Organizzazione, Ente sono le seguenti:

che gli estremi della iscrizione dell'Associazione/Organizzazione ai Registri previsti dalla legge sono i seguenti:

Registro _____

Data di iscrizione _____ n. di iscrizione _____

che gli estremi della iscrizione all'Albo regionale delle cooperative sociali e loro consorzi sono i seguenti:

Registro _____

Data di iscrizione _____ n. di iscrizione _____

che gli estremi della iscrizione alla Camera di Commercio sono i seguenti:

Data di iscrizione _____ n. di iscrizione _____

che gli estremi delle polizze contro gli infortuni e la responsabilità civile per i dipendenti/volontari sono i seguenti:

a) posizione I.N.A.I.L. n. _____

b) polizza infortuni n. _____ scadenza _____ Compagnia _____

c) polizza R.C. n. _____ scadenza _____ Compagnia _____

di essere soggetto accreditato:

a) per il Servizio Civile Universale (estremi accreditamento _____)

b) nell'Albo delle Cooperative Sociali di tipo "A" e "B" (estremi accreditamento _____)

c) per il riparto del cinque per mille (estremi accreditamento _____)

d) altro accreditamento territoriale (specificare _____)

di essere in regola relativamente alla posizione contributiva ed assistenziale dei dipendenti e collaboratori. A tale fine dichiara di poter produrre, alla data odierna, un D.U.R.C. positivo;



che nel corso dell'ultimo biennio sono state effettuate le seguenti attività di formazione dei dipendenti/volontari:

che la Società Cooperativa/Associazione/Organizzazione/Ente può ospitare, a seguito di specifico progetto, n. _____ beneficiari di Reddito di Cittadinanza, come da scheda/e allegata/e;

di impegnarsi al debito informativo periodico circa l'andamento dei progetti posti in essere;

di impegnarsi a raccordarsi e coordinarsi con i Servizi Sociali del Comune/Ambito;

di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni contenute nell'Avviso di Manifestazione di Interesse per la stipula di accordo per "Progetti utili alla collettività" con il coinvolgimento di beneficiari di Reddito di Cittadinanza dell'Ambito Bassa Bresciana Occidentale per il periodo 2022-2024;

di impegnarsi nello sperimentare e/o consolidare collaborazioni con soggetti pubblici e privati, in particolare con quelli del Terzo Settore al fine di permettere occasioni di socializzazione e di attivazione del beneficiario nel contesto comunitario in una prospettiva di welfare generativo.

di impegnarsi al rispetto integrale delle clausole anticorruzione per quanto applicabili;

di impegnarsi a presentare annualmente il bilancio;

di impegnarsi a presentare annualmente la relazione annuale per il mantenimento dell'iscrizione al Registro del Volontariato o al Registro dell'Associazionismo.

Allega:

Copia di documento di identità del legale rappresentante

Scheda/e progettuale/i

Carta dei servizi (se presente)

Luogo e data _____

Firma Legale Rappresentante



COMUNICAZIONE PRIVACY

Per l'erogazione dei SERVIZI SOCIALI DI BASE (s.a.d, s.a.p, pasti a domicilio, trasporto utenti, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, fornitura ausili, consulenza specialistica, centro diurno integrato, casa di riposo, ricovero di sollievo, buoni e voucher, altri servizi domiciliari e contributi economici generici, compartecipazione di spesa, trasferimenti economici di varia natura a Comuni e ambiti distrettuali)

Egregio Sig./Gentile Sig.ra. _____, CF _____

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE VIA CODAGLI 10/A ORZINUOVI (BS) Telefono 0309942005 Indirizzo e-mail segreteria@fondazionebbo.it desidera informarla che il Regolamento Europeo della Privacy prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali e che l'utilizzo dei Suoi dati personali da parte del proprio personale incaricato avverrà nel rispetto del GDPR 679/16.

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE si è adoperata a nominare un responsabile della protezione dei dati: SYNTHESIS SECURITY SRL - REFERENTE TOMASINI tomasini@synsec.it 0302752402.

La COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE tratterà i suoi dati personali in qualità di responsabile del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del GDPR 679/16 seguendo le istruzioni impartite dal titolare del trattamento.

I titolari del trattamento per i quali opera la COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE sono: Unione dei Comuni Lombardia Bassa Bresciana Occidentale, Comuni di Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Mairano, Pompiano, Quinzano e San Paolo.

Per informazioni relative al trattamento da parte dei titolari del trattamento sopra elencati si rimanda alle informative art. 13 GDPR 679/16 degli stessi.

Data _____ -

Firma per presa visione _____

CONSENSO INFORMATO PER CREAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

In caso di suo consenso libero, espresso e facoltativo potrà essere creata la cartella sociale informatizzata CSI (soluzione informatica che fornisce la possibilità agli assistenti sociali/operatori a livello amministrativo - gestionale e a livello professionale-operativo di programmare e coordinare gli interventi sociali) sul portale dell'ATS VI.VI.DI. Il Suo rifiuto non avrà alcuna conseguenza negativa sulla possibilità di usufruire dei servizi richiesti. In caso di rifiuto o di revoca successiva del consenso, i Suoi dati saranno disponibili solo per le eventuali conservazioni obbligatorie di legge.

Se l'interessato è minore o sotto tutela, il consenso è espresso dai soggetti che hanno la potestà legale.

La CSI contiene l'insieme dei dati relativi al processo socio - assistenziale, dall'accesso-orientamento alla valutazione finale-conclusione, passando per la valutazione del bisogno, l'elaborazione del progetto individuale e l'erogazione del servizio, in formato elettronico, raccolti in occasione dei vari colloqui fra gli assistenti sociali e l'interessato.

La CSI consente al personale della Fondazione di avere un quadro sociale il più completo possibile e di disporre delle informazioni necessarie per offrire un'assistenza più adeguata. Le informazioni contenute nella CSI sono accessibili e possono essere trattate da tutti i professionisti della Fondazione autorizzati a vedere la CSI e anche da altri operatori di altri Enti perché la CSI favorisce la condivisione tra Enti diversi (Comuni, ATS, ASST, terzo settore, imprese e consorzi con finalità sociali etc.).

Le viene chiesto uno specifico ed autonomo consenso per utilizzare - attraverso la CSI - anche le informazioni "ultraparticolarmente" relative alle prestazioni erogate dalla Fondazione a seguito di:

atti di violenza sessuale o pedofilia, accertamento dello stato di sieropositività, uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcol, interventi di interruzione di volontaria di gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari.

I Suoi dati sanitari contenuti nella CSI potranno anche essere utilizzati, in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca. Per permettere al personale che Le erogherà il servizio di avere un quadro completo, Lei potrà inoltre esprimere il consenso affinché la sua CSI venga alimentata anche dai dati già in possesso di questa Fondazione. Precisando non vi è garanzia della completezza di tali informazioni, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.

Il trattamento dei Suoi dati è riservato al personale dipendente della Fondazione nonché a tutte le persone debitamente autorizzate che intrattengono con la medesima rapporti di lavoro o di servizio.

Lei ha altresì il diritto alla visione degli accessi alla sua CSI e ad esercitare la facoltà di oscurare alcuni eventi che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inseriti nella CSI alcuni dati non obbligatori. L'oscuramento non viene in alcun modo evidenziato, per cui nessuno può venire a conoscenza del fatto che Lei abbia esercitato tale facoltà (oscuramento dell'oscuramento). In qualsiasi momento Lei può revocare la scelta di oscuramento effettuata (deoscuramento).



UFFICIO TECNICO DI PIANO-AMBITO BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE

Via Arnaldo da Brescia, 2 - cap. 25034 Orzinuovi (BS)

(c/o Comunità della Pianura Bresciana - Fondazione di Partecipazione) Tel. 030 9942005

E-Mail segreteria@fondazionebbo.it

PEC segreteria.fondazionebbo@pec.it

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____:

- presta il suo consenso NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultra particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....

Luogo Data

.....

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____ esercente la patria potestà sul minore _____ nato/a a _____ il _____:

- presta il suo consenso NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultra particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....

