



REGIONE ABRUZZO

**Allegato B: MODELLO DI DOMANDA**

**(da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti nello sportello telematico sul sito web della Regione Abruzzo al seguente link: <https://sportello.regione.abruzzo.it> e allegando la necessaria documentazione probatoria delle spese sostenute.)**

REGIONE ABRUZZO  
Dipartimento Lavoro-Sociale  
Servizio Tutela Sociale - Famiglia

OGGETTO: ISTANZA PER CONTRIBUTI AI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA' AI SENSI DEL DPCM 23 LUGLIO 2020 e s. m. e i..

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

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

Residente in via/piazza \_\_\_\_\_ -

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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante (o delegato secondo le modalità indicate nell'art. 3 dell'avviso regionale):

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

C.F./ Partita IVA: \_\_\_\_\_

con Sede Legale in

\_\_\_\_\_

e Sede operativa territoriale in

\_\_\_\_\_

chiede 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 dei Centri semiresidenziali per persone con disabilità autorizzati ed operanti nella Regione Abruzzo ai sensi del dpcm 23

luglio 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

Di essere Ente Gestore del Centro semiresidenziale per persone con disabilità Denominato

Con sede in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. civ.: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, eventuale sito WEB \_\_\_\_\_

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):

- a) servizio semiresidenziale per disabili a carattere socio-assistenziale: utenti n. \_\_\_\_\_
- b) servizio semiresidenziale per disabili a carattere socio-educativo: utenti n. \_\_\_\_\_
- c) servizio semiresidenziale per disabili polifunzionale: utenti n. \_\_\_\_\_
- d) servizio semiresidenziale per disabili a carattere occupazionale: utenti n. \_\_\_\_\_
- e) servizio semiresidenziale per disabili sanitario e socio-sanitario: utenti n. \_\_\_\_\_

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, che alla data del 17 marzo 2020 la struttura sopra nominata aveva in carico n. \_\_\_\_\_ utenti regolarmente frequentanti;

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, 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 € \_\_\_\_\_, le quali sono state regolarmente quietanzate entro il 14 febbraio 2021, come di seguito riportate:

tipologia spesa (art. 2 DPCM 23 luglio 2020)	Spesa sostenuta nel periodo dal 17.03.2020 al 31.12.2020	Estremi giustificativi della quietanza di pagamento della spesa sostenuta dal 17.03.20 al 31.12.20 (quietanza alla data del 14/02/2021)
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;		



Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che l'erogazione dei finanziamenti oggetto della presente istanza è subordinata alla positiva verifica, a cura dell'Ufficio competente della Regione Abruzzo, dell'eventuale acquisizione della dichiarazione antimafia, qualora l'Ente gestore sia soggetto a tale adempimento.

ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA (barrare a fianco delle voci):

1.	Copia dei titoli di spesa e le relative quietanze per i quali si chiede l'indennità	
2.	Elenco dei titoli di spesa e delle quietanze delle spese presentate e riportate nel file excell che completa il modello di domanda	
3.	Copia dell'atto di accreditamento e/o di autorizzazione al funzionamento rilasciata dall'Ente preposto	
4.	Eventuale delega di rappresentanza della titolarità	