

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

Numero del	44
Data del	23-07-2026
Oggetto	Società della Salute
Contenuto	AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE INDIZIONE

Ufficio/Struttura	Direzione Società della Salute
Resp.	Giuditta Giunti
Resp. del procedimento	Giuditta Giunti

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice	Anno
Spesa	Conto Economico	Codice	Anno

Allegati Atto		
Allegato	N.Pagine allegato	Oggetto Allegato
Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
A	16	Schema di Avviso
1	9	ALL. 1 Modello manifestazione d'interesse
2	1	ALL. 2 Modulo Impegno a costituire il raggruppamento
3	9	ALL. 3 Format Convenzione
4	2	ALL. 4 Modulo Tracciabilità
5	5	ALL. 5 Modulo Patto d'Integrità
6	3	ALL. 6 Scheda Voucher attività motorie-socializzazione

Visto:

- che la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, e ss.mm.ii. (*“Disciplina del servizio sanitario regionale”*) e, segnatamente il capo III bis (*“Società della Salute”*), articoli 71 bis e ss. disciplina il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali integrata tramite la costituzione delle Società della Salute;
- che in data 8 marzo 2010 è stata stipulata dagli enti consorziati la Convenzione della Società della Salute (SdS) di Firenze, con allegato lo Statuto del Consorzio, entrato in vigore a seguito di detta stipula, già approvata dal Consiglio Comunale di Firenze e dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria di Firenze;
- l’art. 12 dello Statuto che stabilisce le attribuzioni del Direttore della Società della Salute di Firenze;
- che con decreto del Presidente della Società della Salute di Firenze 15 ottobre 2025, n. 3, la sottoscritta, dott.ssa Giuditta Giunti, è stata nominata Direttrice del Consorzio e che l’incarico è decorso dal 20 ottobre 2025;

Richiamati:

- l’Art. 118 della Costituzione italiana;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo”*;
- la Legge 6 novembre 2012, n. 190 in materia di prevenzione della corruzione;
- il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 in materia di pubblicità e trasparenza;
- le Leggi Regionali Toscane n. 40/2005 e n. 41/2005 relative al Servizio Sanitario e al Sistema Integrato di interventi e servizi sociali;

Premesso che la SdS intende promuovere percorsi di inclusione sociale per persone con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 in generale, e/o per persone con disturbo del neuro-sviluppo e dello spettro autistico in particolare, finalizzati all'incremento delle abilità personali, sociali e delle autonomie;

Rilevata la necessità di indire una procedura ad evidenza pubblica rivolta ad operatori economici e liberi professionisti educatori professionali che erogano prestazioni educative e/o che offrono attività motorie-sportive e/o di socializzazione nella zona/distretto di Firenze, o zone limitrofe, al fine di acquisire manifestazioni d'interesse all'inserimento in uno o più elenchi di operatori abilitati all'erogazione di dette prestazioni tramite Voucher;

Ritenuto, al fine, necessario approvare lo schema di **“AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA’ EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL’AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE”** – Allegato sub lett A al presente provvedimento quale sua parte integrante;

Visti inoltre gli atti allegati all'Avviso quale parte integrante del presente provvedimento quali:

- ALL. 1 Modello manifestazione d'interesse
- ALL. 2 Modulo Impegno a costituire il raggruppamento
- ALL. 3 Format Convenzione
- ALL. 4 Modulo tracciabilità
- ALL. 5 Modulo Patto d'Integrità
- ALL. 6 Scheda Voucher attività motorie-socializzazione

Stabilito che i soggetti interessati potranno candidarsi per una o per entrambe le seguenti AREE:

A - DISABILITÀ

B - AUTISMO

e rispettivamente per uno o più dei seguenti AMBITI di intervento:

1. ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO a loro volta suddivise in:

1A. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO SCOLASTICO O EXTRA-SCOLASTICO

1B. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO INDIVIDUALE

1C. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO DI GRUPPO

2. ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE

Dato atto che:

- la suddetta procedura costituisce una modalità di individuazione dei soggetti con cui attivare un partenariato nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione, parità di trattamento, efficacia e buona amministrazione.
- l'inserimento in elenco non ha carattere selettivo e non comporta la predisposizione di graduatorie di merito, ma abilita gli operatori a essere scelti dai beneficiari dei Voucher;
- il rapporto contrattuale sarà subordinato all'effettiva scelta dell'utente beneficiario e alla disponibilità dei fondi dedicati.

Stabilito che l'effettivo ricorso agli elenchi avverrà esclusivamente in presenza di fondi dedicati ed espressamente finalizzati alla copertura della spesa;

Considerato che la SdS dispone attualmente dei seguenti finanziamenti che intende destinare alle attività previste dall'Avviso:

1) Per l'Area AUTISMO finanziamento pari a 148.625,13 € - con scadenza il 17/05/2027, salvo eventuali proroghe - a valere sul *"Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico"* di cui al DM del 13/10/2025 (codice CUP F19G26000160001) così ripartito tra i vari ambiti di intervento:

- 43.625,13 € per 1A. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO SCOLASTICO O EXTRA-SCOLASTICO
- 90.000,00 € per 1B. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO INDIVIDUALE

- 20.000,00 € per 1C. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO DI GRUPPO
 - 15.000,00 € per ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE
- 2) Per l'Area DISABILITÀ finanziamento pari a 80.000 € a valere sul "*Fondo per l'implementazione dei progetti di vita - anno 2025*" di cui al DDR n. 3805 del 10/02/2025 (codice CUP F19I25002610001) così ripartito tra i vari ambiti di intervento:
- 60.000,00 € per ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO (1A, 1B, 1C)
 - 20.000,00 € per ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE

Preso atto, quindi, dell'intenzione della SdS di costituire, mediante la presente procedura, un partenariato con un orizzonte temporale che vada oltre le tempistiche dei singoli finanziamenti, garantendo così continuità alle attività qualora sopraggiungano ulteriori finanziamenti.

Rilevato inoltre che è facoltà della SdS, durante il corso di validità dei presenti finanziamenti, rimodulare la distribuzione degli stessi tra i vari Ambiti di intervento qualora ne sopraggiunga l'esigenza;

Dato atto che la Società della Salute di Firenze costituirà, per ciascuna delle due Aree, un primo elenco sulla base delle candidature, valutate come idonee, pervenute **entro il 07/09/2026** e valuterà di volta in volta le nuove manifestazioni d'interesse che verranno presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando periodicamente gli elenchi con le candidature ritenute idonee;

Individuata nella Direttrice della Società della Salute di Firenze la Responsabile del Procedimento per l'espletamento della presente procedura di evidenza pubblica, nonché per la sottoscrizione delle convenzioni che verranno stipulate con ciascun operatore selezionato;

Dato atto che gli atti della presente procedura sono pubblicati e aggiornati tramite pubblicazione sul sito *web* della Società della Salute di Firenze, sezione amministrazione trasparente;

Riscontrata la regolarità tecnica e amministrativa, nonché la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente;

Ritenuto opportuno, per motivi di urgenza, di dichiarare la presente determinazione immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art.42, comma quarto, della L.R.T. n. 40 del 24/02/2005 e ss.mm.ii, vista la necessità di dare esecuzione ai servizi;

Dato atto che l'istruttoria della presente delibera è stata curata dalla Dr.ssa Elisa Maltagliati della Società della Salute di Firenze, la quale attesta che la formazione del presente decreto è avvenuta nel rispetto degli obblighi di regolarità e correttezza dell'azione amministrativa;

Preso atto del parere favorevole relativo alla regolarità tecnica del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 49, comma 1, del decreto legislativo n. 267/00;

Richiamato l'articolo 12 dello Statuto

DISPONE

Per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di approvare lo schema di AVVISO (sub lett A) PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE ed i relativi allegati quali parti integranti e sostanziali del medesimo.
- 2) di indire la procedura ad evidenza pubblica di cui in narrativa pubblicando sul sito web della Società della Salute di Firenze l'Avviso allegato sub lett. A.
- 3) di individuare nella Direttrice della Società della Salute di Firenze la Responsabile del Procedimento per l'espletamento della presente procedura di evidenza pubblica;
- 4) di trasmettere il presente atto agli Enti aderenti ed al Collegio Sindacale.
- 5) di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo Pretorio del Consorzio, ove vi rimarrà per dieci giorni consecutivi, e mediante pubblicazione sul sito informatico della Società della Salute, ove resterà accessibile a tempo indeterminato;

Estensore: Elisa Maltagliati

Il Provvedimento è firmato digitalmente da:

LA DIRETTRICE

Dott.ssa Giuditta Giunti

ALLEGATO A

Schema di AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ENTE: SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE

Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE

Art. 1 - PREMESSA

Con il presente Avviso – approvato con provvedimento della Direttrice n. del - la Società della Salute di Firenze (d'ora in poi anche SdS) intende promuovere percorsi di inclusione sociale per persone con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 in generale, e/o per persone con disturbo del neuro-sviluppo e dello spettro autistico in particolare, finalizzati all'incremento delle abilità personali e sociali e delle autonomie. Viene, quindi, indetta un'istruttoria pubblica rivolta a operatori economici e liberi professionisti educatori professionali che erogano prestazioni educative e/o che offrono attività motorie-sportive e/o di socializzazione nella zona/distretto di Firenze, o zone limitrofe, al fine di acquisire manifestazioni d'interesse all'inserimento in uno o più elenchi di operatori che la SdS intende costituire per l'erogazione di dette prestazioni, previa stipula di una convenzione.

Si definiscono:

- Soggetto attuatore: la Società della Salute di Firenze;
- Operatori economici: qualsiasi persona giuridica, ente pubblico o privato, associazione o raggruppamento di tali soggetti – inclusi gli Enti del Terzo Settore (ETS), le società cooperative, le imprese individuali o societarie e le associazioni/società sportive dilettantistiche individuati mediante il presente avviso ed inseriti nell'elenco di erogatori;
- Liberi professionisti educatori professionali: lavoratore autonomo in possesso di titolo di studio abilitante, titolare di Partita IVA, che esercita in piena autonomia scientifica e responsabilità deontologica la professione di educatore professionale.

L'indizione di detta procedura è una modalità d'individuazione dei soggetti con cui attivare un partenariato nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione, parità di trattamento, efficacia, e dei vincoli di buona amministrazione come previsto dalla L. 241/1990, L. 190/2012 e D. Lgs n. 33/2013.

L'inserimento in elenco non ha carattere selettivo, ed ha il solo scopo di abilitare gli operatori ed i professionisti, in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, ad essere potenzialmente scelti – per l'erogazione della

prestazione - dal beneficiario del Voucher o dal suo rappresentante. L'elenco è un importante strumento, aperto e trasparente, per rendere maggiormente qualificata ed efficace l'attività a favore di tutta l'utenza ed arricchire, in tal modo, l'offerta dell'assistenza e dell'inclusione della persona con disabilità o disturbo del neuro sviluppo e dello spettro autistico.

L'effettivo ricorso agli elenchi avverrà esclusivamente in presenza di fondi dedicati ed espressamente finalizzati alla copertura della spesa.

La SdS intende, infatti, mediante la presente procedura, costituire un partenariato con un orizzonte temporale ampio, indipendentemente dai finanziamenti di volta in volta disponibili.

Resta inteso che l'attivazione dei partenariati che la SdS andrà a costituire a seguito della precedente procedura sarà comunque subordinata, oltretutto alla disponibilità di una copertura finanziaria, anche alla sua valutazione e non costituisce in alcun modo impegno preventivo o vincolo per l'Ente.

Il target di soggetti a cui sono destinati gli interventi, di cui al presente Avviso, potrà essere eventualmente rivisto laddove il finanziamento specifico lo richieda.

Con il presente avviso, quindi, non è indetta alcuna procedura di affidamento e, pertanto, non saranno predisposte graduatorie, attribuzioni di punteggio o altre classificazioni di merito. Si evidenzia che dall'inserimento in elenco non derivano impegni negoziali da parte della SdS, considerato che il rapporto contrattuale con ciascun erogatore è subordinato alla scelta da parte dell'utente beneficiario di voucher. Nulla potrà, pertanto, pretendersi tra le parti in termini di risarcimenti, rimborsi, indennizzi o mancati guadagni di ogni genere e a qualsiasi titolo relativamente alle dichiarazioni di interesse che dovessero pervenire alla SdS, nemmeno ai sensi degli artt. 1337 e 1338 del codice civile.

Quadro Normativo di riferimento

- Art. 118 Costituzione italiana
- Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo";
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii;
- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.41 "Sistema Integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";
- Legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 "Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano";

- Piano sanitario e sociale integrato della Regione (PSSIR 2018-2020) approvato dal Consiglio regionale della Toscana con deliberazione 9 ottobre 2019, n.73;

Art. 2 - OGGETTO DELLA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

La Società della Salute, attraverso un procedimento di evidenza pubblica, mira a costituire elenchi di operatori qualificati per l'erogazione, tramite l'attribuzione di Voucher, di prestazioni educative e motorie-sportive e/o di socializzazione rispettivamente per persone con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 e per persone con disturbo del neuro-sviluppo o dello spettro autistico. I beneficiari dei Voucher - individuati dai servizi sociali e/o dai servizi specialistici SMA/SMIA aziendali - potranno quindi usufruire di uno dei servizi offerti dagli erogatori presenti negli elenchi che verranno costituiti.

Il presente Avviso rimarrà aperto per nuove candidature fino al sopravvenire di eventuali modifiche di programmazione zonale e finché sussisteranno le esigenze cui è rivolto, nonché la disponibilità finanziaria correlata alle varie aree di intervento da parte dell'Ente attuatore. Pertanto, gli operatori interessati, in possesso dei requisiti richiesti, potranno candidarsi chiedendo di essere inseriti nel/negli elenco/elenchi correlato/i, che sarà/saranno quindi aggiornato/i periodicamente a fronte di eventuali nuove istanze presentate alla Società della Salute, previa verifica dei requisiti e rilevanza dei servizi offerti.

Art. 3 - INTERVENTI FINANZIATI TRAMITE VOUCHER

3.1- Aree di intervento

L'Avviso prevede il finanziamento, tramite l'attribuzione di Voucher, di attività dirette a favorire l'inclusione e a promuovere il benessere e la qualità della vita delle persone con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 e/o con disturbi del neuro-sviluppo o dello spettro autistico.

I soggetti interessati potranno, quindi, candidarsi per una o per entrambe le seguenti AREE:

A - DISABILITÀ

B - AUTISMO

3.2 - Ambiti di intervento

Gli **AMBITI** di intervento finanziabili per i quali è possibile candidarsi sono:

- **1. ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO** a loro volta suddivise in:

1A. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO SCOLASTICO O EXTRA-SCOLASTICO

1B. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO INDIVIDUALE

1C. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO DI GRUPPO

- **2. ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE**

come di seguito specificati:

1A. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO SCOLASTICO O EXTRA-SCOLASTICO

1B. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO INDIVIDUALE

Target 1A e 1B: persone disabili certificate ai sensi della L. 104/92 (Area Disabilità) o soggetti con disturbo dello spettro autistico in età evolutiva (0-16 anni) (Area Autismo)¹ in carico ai servizi specialistici territoriali e residenti nel Comune di Firenze.

Tipologia di attività 1A: supporto educativo individuale finalizzato a promuovere l'inclusione e la partecipazione scolastica o ad attività extra-scolastiche (es. attività sportive, dopo scuola, centri estivi) o per superare difficoltà temporanee in contesti naturali, favorire la socializzazione e lo sviluppo di competenze di *mentoring* nei nuovi partner sociali.

Tipologia di attività 1B: Supporto educativo individuale finalizzato ad attività di supporto all'ambiente di vita, di promozione delle autonomie, di generalizzazione delle competenze apprese in contesto riabilitativo, promuovendo la regolazione comportamentale e la socializzazione.

Voucher 1A e 1B: il destinatario, preso in carico e valutato dalla UFSMIA zonale, congiuntamente al Servizio Sociale se presente, riceverà un Piano individualizzato che specificherà la durata ed il livello di intensità di prestazione necessario a cui sarà correlato un Voucher il cui valore sarà determinato in base al numero di ore settimanali di educatore previste nel piano individualizzato.

Qualora l'erogazione dei servizi previsti dal Voucher vengano interrotti per cause indipendenti dal soggetto attuatore e/o dal soggetto erogatore, adeguatamente documentate, sono ammissibili le spese sostenute fino al momento dell'interruzione.

Laddove nel corso di validità del Buono si renda necessaria una variazione sulla base dei bisogni del destinatario, il Voucher può essere rimodulato. Tale variazione verrà formalizzata tramite addendum all'esistente Voucher, controfirmato dal professionista aziendale, dal soggetto attuatore e dal genitore/tutore e può prevedere anche un aumento dell'importo inizialmente previsto.

Tipologia di intervento finanziabile 1A e 1B: Educatore Professionale (sanitario o socio-pedagogico) - **27,00 €/h** (IVA inclusa, ove dovuta)

1C. ATTIVITA' SUPPORTO EDUCATIVO DOMICILIARE PER INTERVENTO DI GRUPPO

¹ In deroga a quanto stabilito negli Artt. 1, 2 e 3.1 del presente Avviso, il Target di beneficiari per le attività 1A e 1B dell'Area Autismo è specificatamente circoscritto alle persone con disturbo dello spettro autistico e non anche a quelle con disturbi del neuro-sviluppo.

Target: gruppi omogenei di adulti con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 (Area Disabilità) o con diagnosi del neuro-sviluppo o dello spettro autistico (Area Autismo) in carico ai servizi specialistici territoriali e residenti nel Comune di Firenze con le seguenti caratteristiche:

- ADL (Activity of Daily Living) non compromesse;
- Assenza di bisogni di assistenza sanitaria-infermieristica (eventuale terapia farmacologica auto-somministrata)

Tipologia di attività: supporto educativo finalizzato a supportare esperienze di *training* abitativo di un piccolo gruppo omogeneo di adulti (2 - max 3 persone) in preparazione a percorsi di indipendenza abitativa nella rete dei servizi esistenti.

Il gruppo, omogeneo per bisogni e funzionamento, individuato e selezionato dai servizi specialistici competenti, sperimenterà esperienze di coabitazione presso un appartamento privato, individuato autonomamente dalle famiglie dei beneficiari, per 1 o 2 notti - ripetibili per un massimo di 4 volte. Tutti i costi relativi all'appartamento restano esterni al contributo della SdS, che non sostiene alcun costo per la disponibilità, gestione o utilizzo dell'immobile.

Il gruppo di destinatari riceverà un Piano individualizzato che specificherà la durata e la ripetibilità dell'esperienza a cui sarà correlato un unico Voucher di gruppo che dovrà essere sottoscritto da tutti i beneficiari.

Il Voucher sarà composto da:

- i. prima fase di "valutazione iniziale" di 12 ore, da svolgersi all'interno dell'abitazione prescelta, al fine di valutare il funzionamento del gruppo nell'ambiente domestico sul piano della gestione alloggio (pulizia degli ambienti, spesa, preparazione pasti, gestione economica) e della dimensione relazionale (partecipazione, socializzazione);
- ii. fase di "servizio attivo", da attivarsi se la fase di "valutazione iniziale" ha dato esito positivo, che potrà consistere in 2 giorni e 1 notte oppure in 3 giorni e 2 notti al fine di valutare il funzionamento del gruppo relativamente al rispetto delle regole di convivenza (rispetto dei turni e degli orari, rispetto dell'altro, strutturazione del momento della notte e sonno) e delle abilità strumentali (usare il denaro, il telefono, gli utensili domestici, i mezzi di trasporto).

Il Voucher può essere ripetuto fino ad un massimo di 4 volte per gruppo.

In caso di ripetibilità del Voucher non sarà riproposta la fase di valutazione iniziale.

Tipologia di intervento finanziabile: Educatore Professionale (sanitario o socio-pedagogico) con le seguenti tariffe:

- Tariffa di 27,00 €/h: servizio attivo per fascia oraria dalle ore 8:00 alle 20:00
- Tariffa di 16,00 €/h: servizio parzialmente attivo per la fascia oraria dalle ore 20:00 alle 24:00
- Tariffa omnicomprensiva di 20€: servizio passivo dalle ore 00.00 alle 8:00

Tipologia di Voucher:

	VALUTAZIONE INIZIALE	ORE DIURNE (8-20)	ORE 20-24	FASCIA NOTTURNA 00-08	TOTALE VOUCHER €
<i>Tot. ore</i>	<i>12</i>	<i>24</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	
Voucher 1) Pacchetto 2 giorni e 1 notte con valutazione diurna di 12h	324,00 €	648,00 €	64,00 €	20,00 €	1.056,00 €
Voucher 1A) Pacchetto 2 giorni e 1 notte		648,00 €	64,00 €	20,00 €	732,00 €
<i>Tot. ore</i>	<i>12</i>	<i>36</i>	<i>8</i>	<i>2</i>	
Voucher 2) Pacchetto 3 giorni e 2 notti con valutazione diurna di 12h	324,00 €	972,00 €	128,00	40,00 €	1.464,00 €
Voucher 2A) Pacchetto 2 giorni e 1 notte		972,00 €	128,00	40,00 €	1.140,00 €

Si fa presente che, per tutte le categorie di ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO, laddove nel corso di validità del Voucher si renda necessaria una variazione sulla base dei bisogni del destinatario, questo può essere rimodulato. Tale variazione verrà formalizzata tramite Addendum all'esistente Voucher controfirmato dal professionista dello SMIA, SMA o del Servizio Sociale, dal soggetto attuatore (SdS) e dal destinatario/genitore/tutore e può prevedere anche un aumento o una riduzione dell'importo inizialmente previsto.

2. ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE

Target: persone con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92 (Area Disabilità) o persone con disturbo del neuro-sviluppo o dello spettro autistico (Area Autismo) in carico ai servizi specialistici territoriali e residenti nel Comune di Firenze.

Tipologia di attività: attività motorie-sportive e/o di socializzazione finalizzate ad una riabilitazione psico-motoria, dirette a favorire l'integrazione psico-sociale ed il potenziamento delle autonomie delle persone con disabilità o con disturbo del neuro-sviluppo o dello spettro autistico.

Voucher: il valore del Voucher è pari a **500,00 €** (cinquecento euro) (a lordo d'IVA ove dovuta) ed è comprensivo dei costi relativi ai

materiali/ausili/strumenti/personale/locale idoneo e DPI utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni ove necessari. Il Voucher può eventualmente essere riassegnato una o più volte, previa valutazione dei servizi specialistici competenti sulla base dei benefici ottenuti dall'esperienza e risorse finanziarie residue.

Il candidato che manifesta interesse potrà presentare una o più proposte progettuali descrivendo l'attività offerta. L'attività offerta dovrà essere calibrata sulla base della quota di € 500,00 del Voucher affinché l'utente sappia di quale servizio può usufruire a fronte del Voucher attribuitogli. A detta attività potranno eventualmente aggiungersi costi extra e/o servizi aggiuntivi gratuiti (si vedano i paragrafi successivi).

Ciascun modulo proposto dovrà garantire **almeno venti (20) accessi totali ed una cadenza di almeno una (1) volta a settimana per almeno un'(1) ora**. Per ciascun modulo dovrà essere previsto un (1) incontro conoscitivo con l'utente e i familiari e una (1) lezione di prova che verrà conteggiata come primo accesso nel caso di effettiva utilizzazione del Voucher.

Per ogni attività progettuale, gli elementi essenziali che dovranno essere presenti nel Format *"Scheda Voucher attività motorie/socializzazione"* Allegato 6 sono:

PARTE 1 - informazioni per gli utenti²:

- a) nome/titolo attività
- b) area di intervento (disabilità e/o autismo/neuro-sviluppo)
- c) tipologia di attività (motoria/sportiva o di socializzazione)
- d) target cui si rivolge: fascia di età 3-11 / 12-17 / 18-64
- e) ubicazione: indirizzo dei locali messi a disposizione per l'attività;
- f) accessibilità: se presente parcheggio, barriere architettoniche, vicinanza a mezzi pubblici ecc.;
- g) descrizione dell'attività:
 - sintetica descrizione dell'attività (max. 3 righe)
 - tipologia di attività (individuale o di gruppo ed in caso numero partecipanti),
 - moduli previsti (durata complessiva del voucher e del singolo accesso, frequenza);
- h) presenza o meno di servizi aggiuntivi offerti gratuitamente (es. servizio di trasporto),
- i) extra:
 - costi extra necessari a carico del beneficiario ai fini della partecipazione all'attività³;
 - indicare se il beneficiario deve essere in possesso di certificazione medica ai fini della partecipazione all'attività;

² Fare riferimento alla "Guida per la compilazione" presente in fondo alla scheda.

³ i **costi extra** sono quelli che non rientrano nella quota parte di € 500,00 correlata all'attività e questi dovranno essere corrisposti direttamente alla struttura selezionata da parte del beneficiario del Voucher, rimanendo esclusa ogni responsabilità dell'Amministrazione (es. quota di iscrizione/quota affiliazione, ove dovuta).

- j) contatti dell'Ente organizzatore (telefono e orari reperibilità, mail, sito internet);

PARTE 2 – informazioni per la SDS:

- a. strumentazione utilizzata e messa a disposizione per l'attività;
- b. personale impiegato: specificare se, quanto e che tipologia di personale (dipendente o volontario) viene impiegato per l'attività;
- c. costo unitario (€): scrivere il costo unitario per singolo accesso e il numero di accessi previsti, il cui prodotto darà 500,00€;
- d. presenza di partner
- e. altro

Art. 4 - SOGGETTI AMMESSI ALLA PROCEDURA

Sono invitati a candidarsi alle ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO (1A, 1B e 1C) e alle ATTIVITA' MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE (2) di cui al presente Avviso gli operatori economici in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo.

SOLO relativamente alle ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO (1A, 1B e 1C) l'Avviso è aperto anche a LIBERI PROFESSIONISTI educatori professionali (sanitario o socio-pedagogico).

I soggetti interessati potranno partecipare in forma singola o riuniti in raggruppamenti temporanei.

Nel caso di raggruppamento dovrà essere specificato il mandatario che avrà la rappresentanza del raggruppamento e che sarà legittimato a sottoscrivere il contratto in rappresentanza dell'intero raggruppamento e a fatturare per gli interventi erogati.

Art. 5 - REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

5.1 Requisiti

5.1.1 Per gli operatori economici (persone giuridiche)

Gli operatori economici, singoli o in raggruppamento, che presentano manifestazione di interesse devono, a pena di esclusione dalla presente procedura, attestare:

1. di essere iscritti nei relativi Registri;
2. che le proprie finalità statutarie sono coerenti con l'ambito oggetto della richiesta;
3. di possedere esperienza sull'/sulle area/aree di intervento per la/le quale/i si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative;
4. l'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;

5. *[solo per la candidatura per “ATTIVITA’ DI SUPPORTO EDUCATIVO” (1A, 1B e 1C)]* di essere accreditati per i servizi educativi domiciliari secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione DPGR n. 86/R del 11/08/2020. Il requisito dell'accreditamento deve essere posseduto alla data di presentazione della domanda e deve permanere per tutta la durata dell'eventuale accordo contrattuale.
6. *[solo per la candidatura per “ATTIVITA’ DI SUPPORTO EDUCATIVO” (1A, 1B e 1C)]* di impiegare educatori professionali con esperienza sull'area di intervento per la quale si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative.
7. *[solo per la candidatura per “ATTIVITA’ MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE” (1A, 1B e 1C)]* la conformità alla normativa vigente dei locali/impianti/strumentazione eventualmente messi a disposizione;
8. *[solo per la candidatura per “ATTIVITA’ MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE” (2)]* di avere la propria sede operativa dove si svolge l'attività nel territorio di Firenze o zone limitrofe;
9. di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
10. di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
11. di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
12. di rispettare e applicare i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di riferimento e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, sottoscritti dalle organizzazioni sindacali e datoriali maggiormente rappresentative a livello nazionale;
13. di dichiarare l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti in particolare al legale rappresentante e associati con poteri decisionali se trattasi di persone giuridiche;
14. di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità, ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/99;
15. di essere in regola con le norme che disciplinano gli obblighi sul rapporto sulla situazione del personale di cui all'art. 47, commi 2, 3 e 3bis, del D.L. n. 77/2021 convertito in L. n. 108/2021;
16. di garantire il rispetto della normativa sul collocamento obbligatorio ove applicabile;
17. di possedere, o stipulare antecedentemente alla firma della convenzione con la presente SDS, polizza assicurativa di legge che copra:
 - i danni arrecati dal personale (dipendente e volontario) ai destinatari dei Voucher e a terzi;
 - il personale durante lo svolgimento della prestazione lavorativa;
 - la responsabilità civile e i danni arrecati dalla struttura ai destinatari dei Voucher e a terzi.

18. di dichiarare il pieno rispetto all'attuazione all'interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Ue 2016/679;
19. di osservare gli obblighi a tutela della salute dei lavoratori e della loro sicurezza ai sensi del D.lgs. 81/08 e della restante normativa vigente;
20. di adeguarsi alle normative vigenti disposte dalle autorità competenti, adottando ogni cautela prevista dai protocolli sanitari in caso del ripresentarsi dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 o di altre patologie sanitarie incidenti sull'igiene e la salute pubblica;
21. di osservare il patto d'integrità sottoscritto con la SdS Firenze;
22. di essere in possesso di tutte le autorizzazioni per lo svolgimento dell'attività e di non avere procedure sospensive, inibitorie o sanzionatorie in corso;
23. di fare ricorso a personale qualificato e adeguatamente formato nello svolgimento delle attività;

5.1.2. Per i liberi professionisti

I Soggetti interessati dovranno dichiarare, a pena di esclusione dalla presente procedura:

1. di possedere abilitazione professionale di educatore professionale;
2. di possedere esperienza sull'/sulle area/aree di intervento per la/le quale/i si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative;
3. di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
4. di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
5. di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
6. di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
7. di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica;
8. di dichiarare il pieno rispetto delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679.
9. di adeguarsi alle normative vigenti disposte dalle autorità competenti, adottando ogni cautela prevista dai protocolli sanitari in caso del ripresentarsi dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 o di altre patologie sanitarie incidenti sull'igiene e la salute pubblica;
10. di osservare il patto d'integrità sottoscritto con la SdS Firenze;

11. di possedere, o stipulare antecedentemente alla firma della convenzione con la presente SDS, polizza assicurativa di legge che copra la responsabilità civile e i danni arrecati ai destinatari dei Buoni servizio e a terzi (RCT) nonché polizza infortuni;

I professionisti che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono produrre copia del titolo professionale contenente gli estremi necessari alla verifica (es. ente rilasciante, data di conseguimento, numero di registrazione; ove previsto, estremi di iscrizione ad albi/elenco/registro);

Gli operatori e liberi professionisti devono possedere i requisiti richiesti al momento della presentazione della domanda e mantenerli per tutta la durata del proprio rapporto convenzionale. La mancanza originaria o sopravvenuta di uno o più requisiti è causa di esclusione dalla procedura di cui al presente avviso nonché di risoluzione di diritto della convenzione eventualmente stipulata.

5.2 Modalità di attestazione dei requisiti

Il possesso dei requisiti dovrà essere dichiarato, a norma degli artt. 38, 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm, contestualmente alla dichiarazione di manifestazione di interesse.

5.3 - Controlli

La SdS si riserva di procedere a controlli, sia a campione che nei casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità di qualsiasi dichiarazione resa da qualsiasi degli istanti e di chiedere integrazioni o chiarimenti.

Art. 6 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI D'INTERESSE

Le manifestazioni di interesse dovranno essere indirizzate alla Società della Salute di Firenze, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo segreteria@pec.sds.firenze.it riportante nell'oggetto:

“MANIFESTAZIONE INTERESSE INSERIMENTO ELENCO EROGATORI PER ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE AREA DISABILITA' E/O AUTISMO”

Nel caso di ATS dovrà essere inoltrata un'unica PEC, contenente l'intera documentazione.

Nel caso di manifestazione d'interesse da parte di un raggruppamento da costituire, alla sottoscrizione della convenzione, il capofila dovrà produrre mandato collettivo speciale con rappresentanza.

Le manifestazioni di interesse potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute di Firenze.

Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:

1. **“Manifestazione d’interesse” Allegato 1** *(in caso di raggruppamento deve essere compilato e sottoscritto separatamente anche da tutti i componenti nelle parti di propria competenza);*
2. copia del **documento di riconoscimento** in corso di validità del legale rappresentante *(in caso di raggruppamento temporaneo deve essere prodotto da tutti i componenti);*
3. *[Solo per gli operatori economici]* copia dello **Statuto** *(in caso di raggruppamento temporaneo deve essere prodotto da tutti i componenti);*
4. *[solo per i liberi professionisti]* **copia del titolo professionale e dagli estremi** necessari alla verifica (es.: ente rilasciante, data di conseguimento, numero di registrazione; ove previsto, estremi di iscrizione ad albi/elenco/registo);
5. *[per i raggruppamenti da costituire]* **“Modulo Impegno a costituire il raggruppamento” Allegato 2** *(in caso di raggruppamento deve essere presentato un unico allegato sottoscritto da tutti i componenti dell’Associazione* che s’intende costituire ed è da integrare poi con il mandato collettivo speciale con rappresentanza al capofila prima della sottoscrizione della convenzione);
6. *[per i raggruppamenti già costituiti]* copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al capofila;
7. **Avviso pubblico siglato** in ogni pagina per accettazione dal legale rappresentante *(in caso di raggruppamento deve essere prodotto separatamente da tutti i componenti);*
8. **“Format della Convenzione” Allegato 3** siglato - NON COMPILATO - in ogni pagina per presa visione *(in caso di raggruppamento deve essere prodotto solo dal Capofila)*
9. **“Modulo tracciabilità” Allegato 4** *(in caso di raggruppamento deve essere prodotto solo dal Capofila)*
10. **“Modulo Patto di integrità” Allegato 5** *(in caso di raggruppamento deve essere compilato e sottoscritto separatamente anche da ogni membro);*
11. *[solo per la candidatura per “ATTIVITA’ MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE”]* **“Scheda Voucher attività motorie/socializzazione” Allegato 6** *(in caso di raggruppamento deve essere prodotto solo dal Capofila);*

Tutti i documenti sopracitati sono da restituirsi sia in formato .DOC che in formato .PDF firmati digitalmente in P7M o con firma olografa unitamente ad un documento di identità del firmatario.

La Società della Salute di Firenze valuterà le manifestazioni d’interesse presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

Il presente Avviso rimane aperto alle condizioni di cui all’art. 2. Per ciascuna delle due AREE il primo elenco di operatori sarà costituito previa valutazione ed ammissione delle manifestazioni d’interesse presentate entro il 07/09/2026.

Gli elenchi aggiornati saranno pubblicati sul sito web della Società della Salute di Firenze (www.sds.firenze.it), nella sezione Amministrazione trasparente - Bandi Avvisi e Contratti.

La Società della Salute di Firenze valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando periodicamente l'elenco degli operatori cui si riferiscono e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute di Firenze nel caso siano pervenute nuove adesioni per le quali sia stato accertato il possesso dei requisiti previsti dal presente Avviso.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail direttore@sds.firenze.it.

Art. 7 - AMMISSIBILITÀ DELLA SPESA

Sono ammissibili le spese di prestazioni:

- elencate agli artt. 2 e 3 e previste nel piano di spesa di cui Voucher del destinatario; non saranno pertanto considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa;
- erogate da operatori economici e liberi professionisti presenti negli elenchi della presente SdS;
- erogate durante la vigenza del presente Avviso a partire dalla data di assegnazione del Voucher (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente).

Il Voucher ricevuto potrà essere speso dall'utente esclusivamente nell'ambito delle attività offerte dagli erogatori di cui all'elenco dell'AREA di riferimento che verrà pubblicato dalla SdS a seguito della presente procedura.

Art. 8 - PROCEDURA - FASI

I - Istruttoria ed esito

Le domande pervenute saranno sottoposte a istruttoria da parte dell'Ente attuatore che verificherà il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti, la correttezza e completezza delle istanze, la rilevanza della proposta e la congruità dei costi in essa previsti.

Relativamente alle candidature per "ATTIVITA' MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE" la SdS si riserva la possibilità di convocare l'operatore al fine di concertare e ridefinire congiuntamente gli elementi della candidatura. Laddove non fosse raggiunto tra le parti un accordo, la SdS provvederà a rigettare motivatamente la richiesta di qualificazione pervenuta.

La SdS provvederà, poi, alla stipula di una **Convenzione** - secondo il format **allegato N. 3** al presente Avviso quale parte integrante e sostanziale del medesimo - con ciascun erogatore ammissibile. Con la suddetta convenzione il soggetto ammesso, ove scelto dall'utente beneficiario del Voucher, s'impegna ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni per le quali si è candidato nel rispetto delle condizioni e modalità specificate nella convenzione stessa e nei successivi Voucher.

Con successivo atto, il Direttore della SdS approverà con provvedimento l'elenco di ciascuna delle due AREE di intervento e procederà alla loro pubblicazione sul sito internet della SdS.

I due elenchi saranno aggiornati periodicamente ogni qual volta venga presentata una nuova domanda.

II - Scelta da parte del destinatario del Voucher

L'elenco di riferimento aggiornato sarà sottoposto agli utenti beneficiari dei Voucher per consentire loro la scelta dell'erogatore che fornirà loro le prestazioni dal medesimo offerte. Seguirà firma del Voucher da parte dello specialista, del beneficiario e del presente soggetto attuatore.

III - Esecuzione pacchetto

- Relativamente alle candidature per le "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO 1A, 1B, 1C", l'operatore scelto dal beneficiario è tenuto ad attivarsi immediatamente, al ricevimento via mail o via PEC del Voucher firmato, per la tempestiva e corretta esecuzione del medesimo. Qualora sia impossibilitato a prendere in carico l'utente, potrà interrogare - previa autorizzazione da parte del beneficiario e comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - un altro operatore dell'elenco approvato dalla Società della Salute per la cessione delle prestazioni. In caso di indisponibilità da parte di tutti gli operatori dell'elenco approvato dalla SDS, rimane in capo al primo operatore scelto dall'utente la responsabilità di assolvere all'obbligo di presa in carico del beneficiario.
- Relativamente alle candidature per le "ATTIVITA' MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE 2" l'operatore scelto provvederà ad attivarsi immediatamente col beneficiario per organizzare un primo incontro conoscitivo ed una lezione di prova (che verrà conteggiata come primo accesso nel caso di effettiva utilizzazione del voucher). Qualora l'operatore, per raggiungimento dei limiti massimi di accoglienza, sia impossibilitato a soddisfare la richiesta dell'utente, dovrà ricontattarlo non appena si apra la possibilità di accoglierlo, fatta salva la possibilità per l'utente di rivolgersi ad altro erogatore.

IV - Comunicazioni

Nell'**OGGETTO** di ciascuna comunicazione fra SdS ed erogatore deve essere inserita la dizione "Progetto disabilità/autismo + supporto educativo/attività motorie + Nome e Cognome utente".

Ove sia adottata la modalità criptata di invio mail ed allegati, la SdS comunicherà a ciascun erogatore la password con cui accedere alle varie comunicazioni contenenti dati sensibili. Ogni utente beneficiario di un Voucher verrà identificato con un codice che dovrà essere inserito nell'oggetto delle comunicazioni utilizzando la dizione "Progetto disabilità/autismo + supporto educativo/attività motorie + codice utente".

Art. 9 RECESSO

E' possibile esprimere la rinuncia volontaria ad essere iscritti nell'elenco mediante comunicazione trasmessa via PEC all'indirizzo: segreteria@pec.sds.firenze.it.

Qualora l'operatore intenzionato ad essere cancellato dall'elenco abbia in corso l'erogazione di prestazioni a fronte di voucher, dovrà necessariamente portarlo/i a conclusione. La cancellazione dall'elenco - formalizzata con provvedimento della Direttrice SdS - avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

L'operatore che abbia richiesto la propria cancellazione dall'elenco, potrà in ogni momento ripresentare la propria candidatura. In tal caso l'Ente attuatore, nel decidere circa la riammissione dell'operatore, si riserverà di tenere presenti anche le motivazioni del recesso.

Art. 10 AVVERTENZE

La presentazione della domanda implica l'accettazione incondizionata delle norme contenute nel presente avviso e relativi allegati.

I soggetti ritenuti idonei ad essere ammessi in elenco non matureranno, in conseguenza di questa iscrizione, un automatico diritto all'instaurarsi di un rapporto contrattuale, essendo questo subordinato alla scelta da parte dell'utente beneficiario di voucher.

Questa Amministrazione ha comunque la facoltà insindacabile di non dar luogo al presente avviso, di revocarlo in qualsiasi momento senza che i candidati possano addurre pretese al riguardo, o di apportarvi modifiche dettate da cambiamenti o esigenze organizzative diverse che dovessero sopravvenire nel corso della sua vigenza e di cui se ne darà pubblicità sul sito della Società della Salute, in calce all'Avviso.

Si ricorda che nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci verranno applicate, ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Art. 11 - COPERTURA ASSICURATIVA

L'operatore economico è responsabile della sicurezza e dell'incolumità del proprio personale ivi compresi eventuali volontari e figure assimilabili, nonché dei danni, infortuni o altro procurati al personale dipendente ai volontari o a terzi in dipendenza del servizio prestato, esonerando la SdS di Firenze da ogni responsabilità conseguente. Si conviene al riguardo che qualsiasi eventuale onere è compreso nel corrispettivo.

L'operatore è tenuto a stipulare apposita copertura assicurativa di legge, per un periodo pari alla durata del Progetto per il quale si è candidato, provvedendo al suo prolungamento in caso di rinnovo o proroga del Progetto stesso (fornendo copia della quietanza di rinnovo), che copra:

- la responsabilità civile e i danni arrecati nello svolgimento delle proprie prestazioni dal personale, ivi compresi eventuali volontari o figure assimilabili, ai destinatari dei piani individualizzati e a terzi;
- il personale durante lo svolgimento della prestazione lavorativa;

Il singolo professionista dovrà essere in possesso, per tutta la durata della propria convenzione con la SdS di copertura assicurativa per responsabilità civile professionale e danni arrecati ai destinatari dei piani individualizzati e a terzi.

Di tali atti l'operatore economico/professionista è tenuto a dare formale comunicazione alla Società della Salute, producendo copia delle polizze previamente alla sottoscrizione della convenzione.

La Società della Salute è pertanto esonerata:

- da ogni e qualsiasi responsabilità per danni, infortuni o altro dovesse accadere al personale dei soggetti erogatori o al singolo professionista per qualsiasi causa nell'esecuzione del servizio;

- da ogni e qualsiasi responsabilità per danni, infortuni o altro dovesse accadere agli utenti del servizio e a terzi durante il periodo di svolgimento dei servizi di cui sono destinatari.

Art. 12 - RENDICONTAZIONE

Gli operatori che hanno erogato i servizi, in base a quanto indicato nei Voucher, devono osservare, nel rispetto della legislazione vigente, le seguenti modalità di rendicontazione:

- Relativamente alle candidature per le “ATTIVITA’ DI SUPPORTO EDUCATIVO 1A, 1B, 1C”:

l’operatore che ha erogato le prestazioni, sulla base di quanto indicato nel Voucher, deve far pervenire mensilmente (entro il giorno 15) alla Società della Salute di Firenze la seguente documentazione giustificativa:

- o time card degli interventi eseguiti il mese precedente, datate giornalmente e firmate dall’operatore e controfirmate dal beneficiario/genitore/tutore. Le time card devono essere inviate separate per ogni utente in formato .pdf.
- o contestualmente all’invio delle time card, l’operatore è tenuto a trasmettere un unico File Excel di riepilogo in cui vengono riportati, per ogni utente, gli accessi totali effettuati in quel mese.

La SDS procede al controllo della documentazione e, se tutto è corretto, convalida all’operatore l’importo del mese di riferimento.

A cadenza trimestrale l’operatore procede ad inviare fattura elettronica (per i soggetti con P.IVA)/nota di debito (per i soggetti senza P.IVA) per il pagamento degli accessi convalidati relativi alle tre mensilità precedenti.

Le fatture/note di debito devono riportare:

- codice CIG (Codice Identificativo di Gara) attribuito all’operatore nell’ambito di ciascun Progetto per il quale si è candidato;
 - codice CUP (Codice Univoco di Progetto);
 - la specifica di quali mesi convalidati si richiede il pagamento.
- Relativamente alle candidature per le “ATTIVITA’ MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE 2”:

l’operatore che ha erogato le prestazioni, sulla base di quanto indicato nel Voucher, deve far pervenire mensilmente (entro il giorno 15) alla Società della Salute di Firenze la seguente documentazione giustificativa:

- o time card di rilevazione accessi relativi ai SOLI Voucher CONCLUSI nel mese precedente suddivise per utente, con indicazione della data di accesso, firmate dall’operatore e controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio (o loro caregivers/tutori).

La quota erogabile all’Ente sulla base delle time card può arrivare fino ad un importo massimo di € 500,00 per ogni Voucher, e sarà calcolata, al netto dell’incontro conoscitivo, moltiplicando il costo unitario dell’accesso per il numero di accessi effettivamente espletato, ivi compresa la prova. Sarà comunque riconosciuto l’intero importo del Voucher nel caso sia intervenuto da parte dell’utente un 20% massimo di assenze.

- o contestualmente all'invio delle time card, l'operatore è tenuto a trasmettere un unico File di riepilogo in cui vengono descritte, per ogni utente, gli accessi totali e il totale in euro delle prestazioni di cui alle time card allegate.

La SDS procede al controllo della documentazione e, se tutto è corretto, convalida all'operatore l'importo del mese di riferimento.

A cadenza trimestrale l'operatore procede ad inviare fattura elettronica (per i soggetti con P.IVA)/nota di debito (per i soggetti senza P.IVA) per il pagamento dei voucher conclusi e convalidati nei tre mesi precedenti.

Le fatture/note di debito devono riportare:

- codice CIG (Codice Identificativo di Gara) attribuito all'operatore nell'ambito di ciascun Progetto per il quale si è candidato;
- codice CUP (Codice Univoco di Progetto);
- i nominativi degli utenti dei voucher conclusi e convalidati per i quali si richiede il pagamento.

Gli operatori sono tenuti a conservare la documentazione digitale delle time card inviate per un periodo minimo di 5 anni.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per singolo Voucher realizzato.

Art. 13 - DISPOSIZIONI SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa posta a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Reg.UE 2016/679 (GDPR), il trattamento dei dati personali sarà effettuato esclusivamente per le finalità previste dal presente avviso e limitatamente al perseguimento degli scopi ivi indicati.

Titolare del trattamento, in forza di specifica convenzione, è la Società della Salute di Firenze che garantisce il trattamento nel rispetto del segreto di ufficio nonché dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione delle disposizioni normative citate, in modo da assicurare la tutela della riservatezza degli interessati. I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento di dette finalità e nel rispetto degli obblighi di legge.

Il trattamento dei dati verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità ulteriori quali quelle statistiche o di ricerca avverrà garantendo l'anonimato.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e/o privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge o di regolamento. Gli eventuali soggetti esterni coinvolti nelle attività di trattamento saranno formalmente designati quali Responsabili.

I soggetti ai quali i dati potranno essere comunicati si impegnano e sono obbligati a ritenere coperto da riservatezza ogni elemento costitutivo, integrativo, connesso o in relazione ai dati personali che il Titolare metterà a disposizione per lo svolgimento delle attività di cui al presente avviso e nel perseguimento delle relative finalità.

Il trattamento potrà riguardare i dati personali di cui all'art. 4 n. 1 del Reg.Ue 2016/679 ivi compresi quelli di cui alle categorie particolari previsti dall'art. 9, par. 1 del medesimo regolamento.

La Società della Salute di Firenze stabilisce che il punto di contatto con gli interessati è rappresentato dal Responsabile della protezione dei dati contattabile al seguente recapito email: sds@dpo-rpd.eu.

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i propri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del GDPR contattando direttamente il Responsabile della protezione dei dati. L'interessato, inoltre, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Gli operatori/professionisti con cui la SdS si convenziona saranno dalla stessa nominati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Reg.UE 2016/679.

Art. 14 RICHIESTA INFORMAZIONI

Le richieste di delucidazioni e/o di informazioni complementari relative al presente Avviso potranno essere richieste a mezzo e-mail all'indirizzo di posta elettronica progetti@sds.firenze.it riportando nella richiesta l'oggetto del presente Avviso.

Le risposte ai quesiti scritti ed eventuali chiarimenti, delucidazioni o informazioni aggiuntive ritenute di interesse generale in ordine alla presente procedura, saranno pubblicate sul sito della Società della Salute, in calce all'Avviso.

ALLEGATI:

- ALL. 1 Modello manifestazione d'interesse
- ALL. 2 Modulo Impegno a costituire il raggruppamento
- ALL. 3 Format Convenzione
- ALL. 4 Modulo tracciabilità
- ALL. 5 Modulo Patto d'Integrità
- ALL. 6 Scheda Voucher attività motorie-socializzazione

Firenze, 23/07/2026

LA DIRETTRICE DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE
Dr.ssa Giuditta Giunti

ALL. 1 MANIFESTAZIONE DI INTERESSE [compilare digitalmente]

Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE

SEZIONE I: DATI IDENTIFICATIVI DEL CANDIDATO

[per gli operatori economici]

Il/la _____ sottoscritto/a
_____ nato/a a

_____ Prov (____) il _____

CF _____ nella sua qualità di legale rappresentante dell'Ente
denominato _____ con sede legale

nel Comune di _____ Prov (____) via _____ n. ____ tel.

_____ e-mail _____

PEC _____ sito web (laddove presente)

_____ Codice Fiscale _____ P.

IVA _____ con sede operativa (solo se diversa dalla sede legale) nel

Comune di _____ Prov (____) via _____ n.

_____ tel. _____

iscritto al n. _____ del RUNTS (Registro Unico Nazionale del Terzo
Settore) con atto n. _____ del _____ nella sezione:

- ☐ Organizzazioni di Volontariato (OdV)
- ☐ Associazioni di Promozione Sociale (APS)
- ☐ Enti filantropici
- ☐ Imprese sociali, incluse le cooperative sociali
- ☐ Reti associative
- ☐ Società di mutuo soccorso
- ☐ Altri enti del Terzo settore

oppure

iscritto al seguente Registro _____ con
atto n. _____ del _____

[per i singoli professionisti]

Il/la _____ sottoscritto/a
_____ nato/a a
_____ Prov (_____) il

CF _____ in possesso di abilitazione
professionale in _____ e del seguente
titolo di studio _____
rilasciato da _____ in data _____⁴
iscritto all'Albo professionale (ove previsto)

dal ____/____/____ con
numero _____

P.IVA _____

_____ Tel. _____, e-
mail _____

PEC _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

SEZIONE II: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

DICHIARA

- di partecipare al presente Avviso pubblico nella seguente forma:

- ☐ Operatore economico singolo
☐ Libero professionista
☐ Capofila di raggruppamento temporaneo
☐ **costituito**
☐ **costituendo**

Composto da:

Denominazione	Sede	CF	P. IVA

⁴ produrre copia del titolo professionale contenente gli estremi necessari alla verifica (es. ente rilasciante, data di conseguimento, numero di registrazione; ove previsto, estremi di iscrizione ad albi/elenco/registo);

☐ Membro di raggruppamento temporaneo in cui il Capofila è l'Ente

- **di MANIFESTARE INTERESSE ad essere inserito negli elenchi di erogatori candidandosi a:**

[in caso di raggruppamento questa specifica parte è da compilare solo dal capofila -

selezionare una o entrambe le AREE e per ogni Area selezionare uno o più AMBITI]

☐ **AREA A - DISABILITÀ (Persone con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92)**

per i seguenti AMBITI DI INTERVENTO:

☐ **1A. Attività di supporto educativo scolastico o extra-domiciliare**

☐ **1B. Attività di supporto educativo domiciliare per intervento individuale**

☐ **1C. Attività di supporto educativo domiciliare per intervento di gruppo**

☐ **2. Attività motorie-sportive e/o di socializzazione**

☐ **AREA B - AUTISMO (Persone con disturbo del neuro-sviluppo e/o dello spettro autistico)**

per i seguenti AMBITI DI INTERVENTO:

☐ **1A. Attività di supporto educativo scolastico o extra-domiciliare**

☐ **1B. Attività di supporto educativo domiciliare per intervento individuale**

☐ **1C. Attività di supporto educativo domiciliare per intervento di gruppo**

☐ **2. Attività motorie-sportive e/o di socializzazione**

[per tutti]

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- svolge attività di *[descrivere brevemente di cosa si occupa l'ente / il professionista]*:

- può dimostrare l'esperienza acquisita sull'/sulle area/aree di intervento per la/le quale/i si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative, come di seguito indicato *[elencare brevemente le esperienze nell'area/nelle aree e nell'ambito/negli ambiti di intervento per il/i quale/i si candida]*:

SEZIONE III - DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

[per tutti]

DICHIARA

[per gli operatori economici] - [è obbligatorio apporre una X su tutti i punti pertinenti in base alla candidatura effettuata, pena la mancata possibilità di essere inseriti negli elenchi]

- ☐ di essere iscritti nei relativi Registri ⁵;
- ☐ che le proprie finalità statutarie sono coerenti con l'ambito oggetto della richiesta ⁶;
- ☐ di possedere esperienza sull'/sulle area/aree di intervento per la/le quale/i si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative ⁷;
- ☐ l'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
- ☐ *[solo per la candidatura per "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO" (1A, 1B e 1C)]* di essere accreditato ai servizi educativi domiciliari n _____ del _____ conseguito presso _____ secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione DPGR n. 86/R del 11/08/2020. Il requisito dell'accreditamento deve essere posseduto alla data di presentazione della domanda e deve permanere per tutta la durata dell'eventuale accordo contrattuale.
- ☐ *[solo per la candidatura per "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO" (1A, 1B e 1C)]* di impiegare educatori professionali con esperienza sull'area di intervento per la quale si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi

⁵ si rimanda a quanto dichiarato nella "SEZIONE I"

⁶ si rimanda allo Statuto

⁷ si rimanda a quanto dichiarato nell'ultimo paragrafo della "SEZIONE II"

del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative.

☐ [solo per la candidatura per "ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE" (2)] la conformità alla normativa vigente dei locali/impianti/strumentazione eventualmente messi a disposizione;

☐ [solo per la candidatura per "ATTIVITA' MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE" (2)] di avere la propria sede operativa dove si svolge l'attività nel territorio di Firenze o zone limitrofe;

☐ di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;

☐ di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;

☐ di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;

☐ di rispettare e applicare i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di riferimento e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, sottoscritti dalle organizzazioni sindacali e datoriali maggiormente rappresentative a livello nazionale;

☐ di dichiarare l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti in particolare al legale rappresentante e associati con poteri decisionali se trattasi di persone giuridiche;

☐ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità, ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/99;

☐ di essere in regola con le norme che disciplinano gli obblighi sul rapporto sulla situazione del personale di cui all'art. 47, commi 2, 3 e 3bis, del D.L. n. 77/2021 convertito in L. n. 108/2021;

☐ di garantire il rispetto della normativa sul collocamento obbligatorio ove applicabile;

☐ di possedere, o stipulare antecedentemente alla firma della convenzione con la presente SDS, polizza assicurativa di legge che copra:

- i danni arrecati dal personale (dipendente e volontario) ai destinatari dei Voucher e a terzi;
- il personale durante lo svolgimento della prestazione lavorativa;
- la responsabilità civile e i danni arrecati dalla struttura ai destinatari dei Voucher e a terzi.

- ☐ di dichiarare il pieno rispetto all'attuazione all'interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Ue 2016/679;
- ☐ di osservare gli obblighi a tutela della salute dei lavoratori e della loro sicurezza ai sensi del D.lgs. 81/08 e della restante normativa vigente;
- ☐ di adeguarsi alle normative vigenti disposte dalle autorità competenti, adottando ogni cautela prevista dai protocolli sanitari in caso del ripresentarsi dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 o di altre patologie sanitarie incidenti sull'igiene e la salute pubblica;
- ☐ di osservare il patto d'integrità sottoscritto con la SdS Firenze ⁸;
- ☐ di essere in possesso di tutte le autorizzazioni per lo svolgimento dell'attività e di non avere procedure sospensive, inibitorie o sanzionatorie in corso;
- ☐ di fare ricorso a personale qualificato e adeguatamente formato nello svolgimento delle attività;

[per i liberi professionisti] – [è obbligatorio apporre una X su tutti i punti, pena la mancata possibilità di essere inseriti negli elenchi]

I Soggetti interessati dovranno dichiarare, a pena di esclusione dalla presente procedura:

- ☐ di possedere abilitazione professionale di educatore professionale ⁹;
- ☐ di possedere esperienza sull'/sulle area/aree di intervento per la/le quale/i si propone la candidatura (disabilità e/o disturbi del neuro-sviluppo e autismo), nonché con capacità di lavoro di rete con le famiglie ed equipe riabilitative ¹⁰;
- ☐ di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
- ☐ di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
- ☐ di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;

⁸ si rimanda "Modulo Patto di integrità" Allegato 5

⁹ si rimanda a quanto dichiarato nella "SEZIONE I"

¹⁰ si rimanda a quanto dichiarato nell'ultimo paragrafo della "SEZIONE II"

- ☐ di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica;
- ☐ di dichiarare il pieno rispetto delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679.
- ☐ di adeguarsi alle normative vigenti disposte dalle autorità competenti, adottando ogni cautela prevista dai protocolli sanitari in caso del ripresentarsi dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 o di altre patologie sanitarie incidenti sull'igiene e la salute pubblica;
- ☐ di osservare il patto d'integrità sottoscritto con la SdS Firenze ¹¹;
- ☐ di possedere, o stipulare antecedentemente alla firma della convenzione con la presente SDS, polizza assicurativa di legge che copra la responsabilità civile e i danni arrecati ai destinatari dei Buoni servizio e a terzi (RCT) nonché polizza infortuni;

SEZIONE IV - DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-FINANZIARIA (ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)
--

[per tutti: è obbligatorio apporre una X su tutti i punti, ivi compresi quelli specifici per la candidatura effettuata, pena la mancata possibilità di essere inseriti negli elenchi]

DICHIARA

- ☐ di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- ☐ che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- ☐ di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- ☐ che non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2 lett. C del d.lgs. n. 231 del 08/06/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- ☐ di non essere sottoposto a sequestro o confisca ai sensi dell'articolo 12-sexies del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con

¹¹ si rimanda "Modulo Patto di integrità" Allegato 5

modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, o della legge 31 maggio 1965, n. 575, ed affidato ad un custode o amministratore giudiziario o finanziario;

[per gli operatori economici]

☐ di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

Altro Istituto: _____ ;

☐ di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

☐ (per le cooperative) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

[per i singoli professionisti]

☐ di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

Altro Istituto: _____ ;

☐ di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

SEZIONE V - ULTERIORI DICHIARAZIONI

DICHIARA infine

☐ di aver preso visione ed accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di

interesse e in tutta la restante documentazione relativa alla presente procedura;

☐ *[solo per gli operatori economici]* di impegnarsi ad osservare e far osservare gli obblighi di condotta ai propri dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo, laddove presenti;

☐ di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

☐ *[solo per gli operatori economici - in caso di raggruppamento da compilare solo il Capofila]* che la/le figura/e incaricata/e di intrattenere i rapporti e le comunicazioni con la SdS inerenti il Progetto è/sono:

COORDINATORE PROGETTO

- Nome e cognome: ____
- Mail: ____
- Recapito telefonico: ____

REFERENTE AMMINISTRATIVO

- Nome e cognome: ____
- Mail: ____
- Recapito telefonico: ____

☐ *[solo per la candidatura per "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO" (1A, 1B e 1C) - in caso di raggruppamento da compilare solo il Capofila]* che i recapiti destinati agli utenti beneficiari per poter essere contattati ai fini della scelta quale erogatore del servizio individuato sono i seguenti:

CONTATTI PER UTENTI

- Recapito telefonico di reperibilità per utenti: ____
- Orari di reperibilità del recapito telefonico: ____

☐ *[solo per la candidatura per "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO" (1A, 1B e 1C) - in caso di raggruppamento da barrare solo il Capofila]* di autorizzare la SdS di Firenze ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto e a condividerli con gli altri operatori economici presenti negli elenchi dei Provider eligibili da parte degli utenti ai fini di un eventuale avalimento.



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

Le comunicazioni di cui al presente Avviso dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

E S'IMPEGNA

☐ a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede, ai recapiti telefonici ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

Luogo e data

_____, _____

Firma del legale rappresentante
/libero professionista*

** Si ricorda di firmare digitalmente o in alternativa con firma olografa unitamente a copia di carta d'identità in corso di validità.*

ALLEGATO 2 – MODULO IMPEGNO A COSTITUIRE IL RAGGRUPPAMENTO
[compilare digitalmente]

Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COSTITUIRSI IN RAGGRUPPAMENTO

Con riferimento al progetto relativo *all'Avviso sopra menzionato*

- ❖ il/la sottoscritto/a ____
- ❖ in qualità di ____
- ❖ dell'Ente ____
- il/la sottoscritto/a ____
- in qualità di ____
- dell'Ente ____
- il/la sottoscritto/a ____
- in qualità di ____
- dell'Ente ____

Dichiarano

- l'impegno di costituire formalmente un raggruppamento in forma di (specificare) _____ da integrare poi con il mandato collettivo speciale con rappresentanza al capofila prima della sottoscrizione della convenzione per la gestione dei servizi in oggetto;
- di nominare l'Ente ____ capofila del raggruppamento

Luogo ____ e data ____

Firma di tutti i legali
rappresentanti del
raggruppamento costituendo *



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

** Se la dichiarazione è sottoscritta dagli interessati con firma olografa, è necessario allegare documento di identità in corso di validità di ogni dichiarante.*

ALL. 3 FORMAT CONVENZIONE

Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA CREAZIONE DI ELENCHI DI EROGATORI DI ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DISTURBO DEL NEURO-SVILUPPO E DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE

CONVENZIONE AREA ____ - CUP ____ - CIG ____
AREA ____ - CUP ____ - CIG ____

TRA

la Società della Salute di Firenze di seguito denominata "SdS, Amministrazione procedente", CF 94117300486 - P.IVA 07437940484; avente sede legale in 50122 Firenze - Piazza della Signoria n. 1, per il tramite della sua Direttrice, Dott.ssa Giuditta Giunti nata a Pontedera (PI) il 26/09/2026 e domiciliata per la carica presso la sede operativa di Viale della Giovine Italia, n. 1/1, in qualità di soggetto attuatore dell'Avviso pubblico di cui in oggetto

E

[per l'operatore economico singolo]

l'Ente ____ di seguito denominato "Ente, Soggetto Partner, Partner o Operatore", CF ____ Partita IVA ____ avente sede legale in ____, rappresentato dal sig./ra ____, nato/a a ____ (PROV ____) il ____ il/la quale dichiara di agire in nome e per conto dell'Ente medesimo

[per l'operatore economico capofila di un raggruppamento]

l'Ente ____ di seguito denominato "Ente, Soggetto Partner, Partner o Operatore", CF ____ Partita IVA ____ avente sede legale in ____, rappresentato dal sig./ra ____, nato/a a ____ (PROV ____) il ____ il/la - capofila del Raggruppamento (specificare tipologia di raggruppamento) ____, in virtù del mandato conferitole in data ____ dai seguenti Enti mandanti:

- 1) (indicare nome Ente) ____ CF ____ Partita IVA ____ avente sede legale in ____, rappresentato dal sig./ra ____, nato/a a ____ (PROV ____) il ____
- 2) (indicare nome Ente) ____ CF ____ Partita IVA ____ avente sede legale in ____, rappresentato dal sig./ra ____, nato/a a ____ (PROV ____) il ____

...

[per il libero professionista]

e il/la Dott./Dott.ssa ____ di seguito denominato "Professionista, Soggetto Partner, Partner", CF ____ Partita IVA ____ nato/a a ____ (PROV ____) il ____ e residente a ____ (CAP ____) in Via ____ n. ____

Premesso che:

- la Società della Salute di Firenze (d'ora in poi anche SdS) intende promuovere percorsi di inclusione sociale per persone con disabilità

certificate ai sensi della L. 104/92 in generale, e/o per persone con disturbo del neuro-sviluppo e dello spettro autistico in particolare, finalizzati all'incremento delle abilità personali e sociali e delle autonomie;

- con provvedimento della Direttrice n. ____ del ____ la SdS Firenze ha pubblicato un Avviso rivolto a operatori economici e liberi professionisti educatori professionali che erogano prestazioni educative e/o che offrono attività motorie-sportive e/o di socializzazione nella zona/distretto di Firenze, o zone limitrofe, al fine di acquisire manifestazioni d'interesse all'inserimento in uno o più elenchi di operatori che la SdS intende costituire per l'erogazione di dette prestazioni, a mezzo Voucher, previa stipula di una convenzione;
- l'inserimento in elenco non ha carattere selettivo, ed ha il solo scopo di abilitare gli operatori ed i professionisti, in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, ad essere potenzialmente scelti - per l'erogazione della prestazione - dal beneficiario del Voucher o dal suo rappresentante;
- nell'Avviso è previsto che, durante la vigenza del Progetto, gli elenchi degli operatori saranno aggiornati ogni qual volta giungano nuove candidature, purché in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso medesimo;
- L'Ente/Il Professionista firmatario della presente convenzione ha manifestato l'interesse per il presente Avviso **CANDIDANDOSI per l'Elenco:**
AREA/E ____ di cui al Codice CUP di Progetto ____ per il/i seguente/i AMBITO/I ____

Tutto ciò premesso e considerato, si conviene e stipula quanto segue:

Art. 1 Accettazione dei termini in premessa

Le premesse, gli atti e documenti richiamati, ancorché non materialmente allegati, formano parte integrante e sostanziale della presente convenzione. L'Ente/Il Professionista dichiara di avere piena e completa conoscenza dei predetti atti e documenti, di averli esaminati e letti e di confermare le affermazioni contenute in premessa.

Art. 2 - Finalità e oggetto della convenzione

La stipula della suddetta Convenzione è diretta alla realizzazione delle attività relative alla/e seguente/i AREA/E e AMBITO/I:

- AREA ____ AMBITO ____

Con la suddetta convenzione l'Ente/il Professionista, ove scelto dall'utente beneficiario del Voucher, s'impegna ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni per l'/gli Ambito/i di attività per le quali si è candidato, nel rispetto delle condizioni e modalità specificate nell'Avviso e nella presente convenzione.

Art. 3 - Attribuzione dei Voucher

- 1) L'attribuzione dei Voucher avverrà da parte dai servizi sociali e/o dai servizi specialistici SMA/SMIA aziendali.
- 2) Gli elenchi di riferimento per ciascun Ambito, costantemente aggiornati, saranno sottoposti agli utenti beneficiari dei Voucher per consentire la scelta dell'Ente/Professionista che fornirà loro le prestazioni dal medesimo offerte. Seguirà firma del Voucher da parte dello specialista, del beneficiario e del soggetto attuatore.
- 3A) Relativamente alle candidature per le "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO 1A, 1B, 1C", l'operatore scelto dal beneficiario è tenuto ad attivarsi immediatamente, al ricevimento via mail o via PEC del Voucher firmato, per la tempestiva e corretta esecuzione del medesimo. Qualora sia impossibilitato a prendere in carico l'utente potrà interrogare - previa autorizzazione da parte del beneficiario e comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - un altro operatore dell'elenco approvato dalla Società della Salute per la cessione delle prestazioni. In caso di indisponibilità da parte di tutti gli operatori dell'elenco approvato dalla SDS, la responsabilità di assolvere all'obbligo di presa in carico del beneficiario rimane in capo al primo operatore scelto dall'utente.
- 3B) Relativamente alle candidature per le "ATTIVITA' MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE 2" l'operatore scelto provvederà ad attivarsi immediatamente col beneficiario per organizzare un primo incontro conoscitivo ed una lezione di prova (che verrà conteggiata come primo accesso nel caso di effettiva utilizzazione del voucher). Qualora l'operatore, per raggiungimento dei limiti massimi di accoglienza, sia impossibilitato a soddisfare la richiesta dell'utente, dovrà ricontattarlo non appena si apra la possibilità di accoglierlo, fatta salva la possibilità per l'utente di rivolgersi ad altro erogatore.
- 4) La SdS ratifica l'attribuzione formale del Voucher tramite lettera di incarico inviata all'Ente/Professionista.

Tra la Società della Salute di Firenze e l'operatore è escluso ogni vincolo di subordinazione.

Art. 4 - Durata della convenzione

Per l'AREA ____ (CUP ____) la presente convenzione decorrerà dalla data di sottoscrizione fino al ____.

Art. 5 - Impegni dell'Ente

L'Ente/Professionista s'impegna:

- ad accettare senza riserva alcuna l'Avviso pubblicato ed i relativi allegati;
- a garantire la sussistenza e persistenza dei requisiti dichiarati al tempo della manifestazione di interesse, come espressi all'art. 5.1 dell'Avviso che qui, integralmente, si richiama;
- a realizzare gli interventi secondo quanto richiesto dall'Art. 3 dell'Avviso, assumendosi la responsabilità che siano eseguiti nel pieno rispetto di quanto pattuito;
- *[per le ATTIVITA' MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE (2)]* ad eseguire l'attività così come descritta nella "Scheda Voucher attività motorie/socializzazione - Allegato 6" presentata in fase di candidatura;

- ad attivarsi, al ricevimento del Voucher, per la tempestiva e corretta esecuzione del medesimo, secondo quanto richiamato nell'ART. 3 comma 3A e 3B della presente convenzione;
- *[per le ATTIVITA' DI ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO (1A, 1B e 1C)]* ad accettare la rimodulazione del Voucher – che può prevedere anche un aumento o una riduzione dell'importo inizialmente previsto - laddove, nel corso di validità dello stesso, si renda necessaria una modifica.
- a rispettare le tempistiche di invio delle Time Card di rilevazione accessi secondo quanto disciplinato nell'Art. 12 dell'Avviso;
- ad attivare un costante confronto con la SdS di Firenze, fornendo tutte le informazioni utili o anche solo opportune alla corretta esecuzione del Voucher assegnato, affinché non si verifichino ostacoli, problematiche o ritardi alla realizzazione delle attività;
- ad assumersi la responsabilità del monitoraggio quali-quantitativo del progetto, nonché dell'invio di ogni informazione inerente il budget o la rendicontazione, i cui esiti sono comunicati alla SdS di Firenze, secondo le modalità e i tempi previsti dal progetto;
- a conservare copia di tutta la documentazione inviata, sia propria, sia *[per gli operatori economici in raggruppamento]* delle mandanti o Partner di progetto che rappresenta;
- *[per gli operatori economici]* a provvedere, laddove necessario, alla formazione degli operatori su precauzioni e procedure di prevenzione anti contagio secondo la normativa nazionale e regionale vigente in materia;
- a partecipare a momenti di programmazione, coordinamento e verifica previsti dalla SdS;
- ad inserire nell'oggetto di tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto la dizione "Progetto disabilità/autismo + supporto educativo/attività motorie + Nome e Cognome utente" e ad utilizzare, ove sia adottata la modalità criptata di invio mail ed allegati, la password che sarà fornita loro dall'Ente attuatore ed il codice identificativo dell'utente beneficiario, utilizzando nell'oggetto la dicitura: "Progetto disabilità/autismo + supporto educativo/attività motorie + codice utente".

Art. 6 - Rendicontazione

L'Operatore/Professionista che ha erogato i servizi, in base a quanto indicato nei Voucher, deve osservare, nel rispetto della legislazione vigente, le seguenti modalità di rendicontazione:

- Relativamente alle candidature per le "ATTIVITA' DI SUPPORTO EDUCATIVO 1A, 1B, 1C":
l'operatore che ha erogato le prestazioni, sulla base di quanto indicato nel Voucher, deve far pervenire mensilmente (entro il giorno 15) alla Società della Salute di Firenze la seguente documentazione giustificativa:
 - o time card degli interventi eseguiti il mese precedente, datate giornalmente e firmate dall'operatore e controfirmate dal beneficiario/genitore/tutore. Le time card devono essere inviate separate per ogni utente in formato .pdf.

- o contestualmente all'invio delle time card, l'operatore è tenuto a trasmettere un unico File Excel di riepilogo in cui vengono riportati, per ogni utente, gli accessi totali effettuati in quel mese.

La SDS procede al controllo della documentazione e, se tutto è corretto, convalida all'operatore l'importo del mese di riferimento.

A cadenza trimestrale l'operatore procede ad inviare fattura elettronica (per i soggetti con P.IVA)/nota di debito (per i soggetti senza P.IVA) per il pagamento degli accessi convalidati relativi alle tre mensilità precedenti.

Le fatture/note di debito devono riportare:

- codice CIG (Codice Identificativo di Gara) attribuito all'operatore nell'ambito di ciascun Progetto per il quale si è candidato;
 - codice CUP (Codice Univoco di Progetto);
 - la specifica di quali mesi convalidati si richiede il pagamento.
- Relativamente alle candidature per le "ATTIVITA' MOTORIE E/O DI SOCIALIZZAZIONE 2":

l'operatore che ha erogato le prestazioni, sulla base di quanto indicato nel Voucher, deve far pervenire mensilmente (entro il giorno 15) alla Società della Salute di Firenze la seguente documentazione giustificativa:

- o time card di rilevazione accessi relativi ai SOLI Voucher CONCLUSI nel mese precedente suddivise per utente, con indicazione della data di accesso, firmate dall'operatore e controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio (o loro caregivers/tutori).

La quota erogabile all'Ente sulla base delle time card può arrivare fino ad un importo massimo di € 500,00 per ogni Voucher, e sarà calcolata, al netto dell'incontro conoscitivo, moltiplicando il costo unitario dell'accesso per il numero di accessi effettivamente espletato, ivi compresa la prova. Sarà comunque riconosciuto l'intero importo del Voucher nel caso sia intervenuto da parte dell'utente un 20% massimo di assenze.

- o contestualmente all'invio delle time card, l'operatore è tenuto a trasmettere un unico File di riepilogo in cui vengono descritte, per ogni utente, gli accessi totali e il totale in euro delle prestazioni di cui alle time card allegate.

La SDS procede al controllo della documentazione e, se tutto è corretto, convalida all'operatore l'importo del mese di riferimento.

A cadenza trimestrale l'operatore procede ad inviare fattura elettronica (per i soggetti con P.IVA)/nota di debito (per i soggetti senza P.IVA) per il pagamento dei voucher conclusi e convalidati nei tre mesi precedenti.

Le fatture/note di debito devono riportare:

- codice CIG (Codice Identificativo di Gara) attribuito all'operatore nell'ambito di ciascun Progetto per il quale si è candidato;
- codice CUP (Codice Univoco di Progetto);
- i nominativi degli utenti dei voucher conclusi e convalidati per i quali si richiede il pagamento.

Ulteriori modalità di rendicontazione, modifiche o aggiornamenti potranno essere forniti all'Ente in fase di esecuzione del Progetto.

Gli operatori sono tenuti a conservare la documentazione digitale delle time card inviate per un periodo minimo di 5 anni.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per singolo Voucher realizzato.

Le time card non compilate correttamente o che presentano incongruenze potranno essere rifiutate dalla SdS e quindi ritenute non ammissibili in fase di rendicontazione.

La Società della Salute di Firenze verifica la correttezza e coerenza dei documenti e l'effettiva erogazione delle prestazioni.

L'operatore è interamente responsabile della tempestività, correttezza e completezza della documentazione inviata per adempiere al monitoraggio e alle rendicontazioni consuntive delle spese proprie ed è tenuto a conservare copia di tutta la documentazione inviata.

Per quanto ai punti precedenti i dati della Società della Salute di Firenze per l'invio della documentazione sono:

Società della Salute di Firenze - Viale della Giovine Italia 1/1 - 50122 Firenze (FI)
- Codice Fiscale 94117300486 - P.IVA 07437940484 - Codice Univoco da indicare nel flusso di fatturazione elettronica IPA: UFGYXG -CUP ____ - CIG ____

Art. 7 - Pagamenti

Il pagamento viene effettuato entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura/nota di debito.

Art. 8 - Cause di risoluzione

La mancata attivazione del Voucher nei tempi e modalità previste, così come la mancata osservanza degli altri obblighi previsti dalla presente Convenzione, può rappresentare causa di risoluzione della convenzione da parte della SdS.

Art. 9 - Verifiche da parte della Società della Salute di Firenze

In merito alla realizzazione di quanto richiesto, è facoltà della Società della Salute di Firenze verificare che l'operato dell'Ente/Professionista sia coerente con i contenuti e le modalità di attuazione del progetto e nel pieno rispetto dell'Avviso di riferimento e della normativa vigente in materia.

Art. 10 - Revisione della convenzione.

Nel corso di svolgimento del progetto, la SdS si riserva di aprire un tavolo di confronto con l'Ente /il Professionista convenzionato per procedere con l'integrazione e la diversificazione delle modalità di intervento alla luce di sopraggiunte e motivate esigenze. La revisione potrà essere richiesta motivatamente anche dall'Ente/Professionista ed in tal caso la SdS potrà accettare o meno la proposta.

Art. 11 - Recesso dalla convenzione

Ciascuna delle parti può recedere dalla presente Convenzione con un preavviso di almeno 21 giorni. Nel caso receda l'Ente/Professionista, questo è tenuto però a portare a termine i Voucher già in esecuzione. Nel caso receda la SdS, verranno riconosciute all'Ente/Professionista solo le quote rendicontate sulla base delle attività svolte.

Art. 12 - Tutela della privacy e disposizioni sul trattamento dei dati personali

- Tutela della privacy: ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni, le parti contraenti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali, informatici e/o cartacei, al fine di adempiere a tutti gli obblighi di legge e di contratto comunque connessi all'esecuzione del rapporto instaurato con il presente atto.

I dati e le informazioni messe a disposizione dalla SdS ed acquisite nel corso della collaborazione, dovranno essere considerate strettamente riservate e quindi non ne è consentito l'uso per scopi diversi da quelli espressamente contemplati e rientranti nell'ambito del progetto.

I dati dei contraenti saranno, quindi, resi accessibili solo a coloro i quali, sia all'interno della SdS Firenze e del Soggetto Partner, sia all'esterno, ne abbiano necessità esclusivamente per la gestione del rapporto instaurato dal presente atto.

È diritto delle parti contraenti di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento oppure la rettifica e di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Con la sottoscrizione del presente atto le parti contraenti esprimono il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali secondo le modalità e per le finalità sopra descritte.

- Trattamento dati personali: le parti si danno reciprocamente atto di conoscere e applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, tutte le norme vigenti e in fase di emanazione in materia di trattamento dei dati personali, sia primarie che secondarie, rilevanti per la corretta gestione del trattamento, ivi compresi il Regolamento UE 2016/769 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "GDPR" e il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ciascuna delle parti, in relazione al trattamento dei dati si impegna a:

- o Adottare misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate contro l'elaborazione non autorizzata o illecita, la perdita, il furto o il danneggiamento dei dati degli interessati;
- o Non conservare i dati degli interessati per un periodo ulteriore rispetto agli scopi per cui sono stati raccolti e trattati;
- o Non trasferire i dati degli interessati al di fuori dello Spazio economico europeo, a meno che tale trasferimento non sia lecito ai sensi della legislazione sulla protezione dei dati.

Ai fini della presente convenzione la Società della Salute di Firenze si qualifica quale titolare del trattamento ai sensi dell'art. 26 del Reg. UE 2016/679 ed in quanto tale designa l'Ente/il Professionista sottoscrittore quale Responsabile

esterno del trattamento in relazione alle attività oggetto della presente convenzione.

Durata, natura e finalità del trattamento, categorie di dati personali e di interessati, obblighi e diritti del titolare del trattamento sono disciplinati dall'atto redatto e sottoscritto, prima dell'inizio delle attività, ex art. 28 paragrafo 3 del Regolamento UE 679/2016 allegato alla presente, Allegato "Modulo responsabile trattamento dati" costituendone parte integrante e sostanziale.

Le parti si danno reciprocamente atto che lo scambio di dati oggetto della presente convenzione risponde ai principi di liceità e si impegnano, inoltre, a far sì che l'accesso ai dati personali sia consentito solo a soggetti appositamente nominati nella misura in cui sia necessario per l'esecuzione della presente convenzione.

Le parti sono tenute al rispetto dei propri obblighi ai sensi della normativa sulla Protezione dei Dati e si impegnano a fornirsi reciproco e ragionevole supporto per garantire tale rispetto nell'ambito della presente convenzione.

Art. 13 - Prevenzione della corruzione e trasparenza

Le parti si impegnano al rispetto della normativa nazionale sulla prevenzione della corruzione e trasparenza (L.n. 190/2012 e successivi decreti attuativi, in particolare DPR n. 62/2013 e D. Lgs. n. 33/2013) e nello specifico al rispetto dei rispettivi Piani triennali per la prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità, applicabili per la parte di specifica competenza e messi a disposizione sui siti istituzionali, sezione "Amministrazione trasparente".

Art. 14 - Responsabilità

- 1. Responsabilità per danni al personale:** La Sds è sollevata da ogni responsabilità per eventuali infortuni o danni subiti dal personale dell'Ente Partner/Professionista impiegato nello svolgimento delle attività progettuali, salvo che il danno sia imputabile a dolo o colpa grave della Sds stessa.
- 2. Tutela per danni a terzi causati dall'Ente Partner/Professionista:** L'Ente Partner/Professionista si impegna a tenere indenne la Sds da qualsiasi pretesa, azione o richiesta di risarcimento avanzata da terzi, assumendosi l'esclusiva responsabilità per i danni causati nell'esecuzione delle attività di cui all'Avviso dal proprio personale dipendente o da soggetti terzi di cui si avvale. A tal fine l'Ente, anche in nome e per conto delle eventuali mandanti rappresentate, ha stipulato polizza di assicurazione n. _____ rilasciata da _____ con i massimali di Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso prestatori d'opera (RCO) definiti tra le parti. La previsione di importo e di percentuali di scoperto o di franchigia e le relative condizioni non sono opponibili alla Sds Firenze.
- 3. Tutela per danni a terzi causati dalla Sds:** La Sds si impegna a tenere indenne l'Ente Partner/Professionista da qualsiasi pretesa, azione o richiesta di risarcimento avanzata da terzi, assumendosi l'esclusiva responsabilità per i danni causati nell'esecuzione delle proprie attività progettuali dal proprio personale o da soggetti terzi di cui intende avvalersi.

Art. 15 - Domicilio e comunicazioni

Per tutte le comunicazioni e/o notificazioni previste dalla presente Convenzione o che comunque si rendessero necessarie in connessione con la medesima, sia in sede amministrativa che in sede contenziosa, la Società della Salute di Firenze elegge domicilio presso la propria sede operativa.

Tutte le comunicazioni inerenti la presente Convenzione dovranno avvenire via PEC all'indirizzo progetti@sds.firenze.it

In tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto deve essere inserita nell'**OGGETTO** la dizione **"ELENCO EROGATORI PER ATTIVITA' EDUCATIVE, SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE AREA DISABILITA' E/O AUTISMO"**

Art. 16 - Rinvio alla normativa

Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente Convenzione si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Art. 17 - Esenzione di imposta

La presente Convenzione è esente da qualsiasi tipo di imposta o tassa ai sensi della legge 21 dicembre 1978, n. 845.

Art. 18 - Foro competente e clausola compromissoria

Le parti si impegnano a risolvere amichevolmente tra loro eventuali controversie derivanti dalla presente convenzione.

Per tutto quanto non previsto le Parti fanno riferimento alla legislazione e regolamentazione in materia.

Per qualunque controversia dovesse insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione, esecuzione e risoluzione della convenzione, sarà competente in via esclusiva il Foro di Firenze.

Art. 19 Disposizioni finali

La presente convenzione è da intendersi impegnativa per l'Ente/Professionista e per la SdS Firenze dal momento della sua sottoscrizione, ed è soggetta a registrazione solo in caso d'uso .

L'imposta e le spese inerenti e conseguenti alla sua registrazione nei termini di legge sono interamente a carico della parte che ne avrà richiesto la registrazione stessa.

Letto, approvato e sottoscritto.

Firenze lì _____

Per l'Ente attuatore - Direttore della Società della Salute di Firenze

Per l'Ente*



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

ALLEGATI

“Modulo responsabile trattamento dati”

** Si ricorda di firmare digitalmente o in alternativa con firma olografa unitamente a copia di carta d'identità in corso di validità.*



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

ALLEGATO 4 - MODULO TRACCIABILITÀ [compilare digitalmente]

COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI
OBBLIGHI TRACCIABILITÀ MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)

Al Direttore della SdS di Firenze
V.le della Giovine Italia n. 1/1
50122 Firenze

La _____ (ragione sociale) con sede
via/piazza _____ n. _____ Città _____ Prov. _____
(_____)

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

[inserire entrambe le informazioni se presenti, se non in possesso della P. IVA sbarrare il campo]

avente la seguente forma giuridica:

☐ onlus ☐ associazione volontariato ☐ altro (specificare) _____ Legale
Rappresentante (Cognome, nome) _____

CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

ASSUME

➤ Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

➤ Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito *[INDICARE SOLO UN CONTO]*:

➤ _____ AG. n. _____ Città _____
_____ Indirizzo _____

➤ codice IBAN: _____

➤ Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

➤ I dati dell'intestatario del conto corrente (nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA):

➤ I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

a) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);

b) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);

c) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);

DICHIARA

Di ☐ essere soggetto a DURC oppure ☐ non essere soggetto

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Firenze quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La _____ (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Firenze di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(timbro e firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero, sottoscritta



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via PEC (segreteria@pec.sds.firenze.it)

ALLEGATO 5 – PATTO D'INTEGRITÀ [compilare digitalmente]

PATTO D'INTEGRITÀ

La Società della Salute di Firenze Codice Fiscale 94117300486 (di seguito denominata SdS)

e

_____ (di seguito denominato Operatore Economico)

con sede legale in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

_____ rappresentato da _____ in qualità di _____

VISTO

- l'art. 1, comma 17 della legge 6 novembre 2012 n.190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i.;
- il Piano Nazionale Anticorruzione;
- il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) della SdS Firenze
- il Codice di comportamento della SdS Firenze

CONVENGONO QUANTO SEGUE

Articolo 1 – Finalità del Patto

Il presente "Patto di Integrità" rappresenta una delle misure di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dei contratti, accordi e/o partnership istituzionali stipulati dalla Società della Salute di Firenze (di seguito anche SdS).

Stabilisce infatti la reciproca, formale obbligazione della SdS e dei contraenti di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza in tutte le fasi dell'accordo, dalla partecipazione alle (eventuali) selezioni alla esecuzione contrattuale.

La SdS, in adesione ai principi della trasparenza delle attività amministrative, secondo le modalità e condizioni indicate di seguito, verificherà l'adesione e l'effettiva applicazione del "Patto di Integrità" sia da parte dei contraenti, sia da parte dei propri dipendenti, collaboratori e consulenti.

Al fine della corretta attuazione del Patto di Integrità, ogni interessato potrà rivolgersi al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

della SdS per segnalazioni di eventuali inadempimenti o per ottenere informazioni e chiarimenti.

Articolo 2 - Destinatari

Costituendo obbligazione pre-contrattuale e contrattuale, sono identificati come destinatari del presente Patto - oltre ai dipendenti della SdS impiegati nelle procedure di selezione o identificazione del contraente e di verifica di esecuzione del contratto - tutte le controparti (siano essi persone fisiche o giuridiche) che:

- a) richiedano l'iscrizione negli Elenchi dei fornitori e/o erogatori, ove istituiti;
- b) presentino istanza di manifestazioni d'interesse o di partecipazione a procedure selettive per l'affidamento di contratti pubblici di fornitura, servizi o lavori (sopra e sotto la soglia comunitaria) anche nella forma della co-progettazione, ed anche nel caso in cui (e ad eventuale integrazione) per l'affidamento specifico sussista già un apposito Patto di integrità predisposto da altro soggetto giuridico (es., Centrali Uniche di Committenza...);
- c) partecipino a procedure di selezione per l'affidamento di incarichi professionali;
- d) stipolino con la SdS accordi, convenzioni o contratti di partnership per attività o progetti da realizzare congiuntamente (es. specifici progetti finanziati da fondi pubblici).

Tali soggetti sono indicati di seguito congiuntamente come "Operatori economici".

Naturalmente, il Patto è parimenti vincolante per il contraente selezionato, per effetto di espresso richiamo nel dispositivo contrattuale formalizzato.

L'adesione al presente patto è attestata dagli interessati alternativamente:

- mediante specifica dichiarazione, prestata nella domanda di partecipazione ovvero nell'offerta presentata;
- mediante specifica sottoscrizione con firma digitale del presente documento da parte dell'interessato contraente o di soggetto munito dei necessari poteri di rappresentanza legale.

Nel caso di Associazioni Temporanee di Scopo, Consorzi o Raggruppamenti Temporanei di Imprese, l'adesione o la sottoscrizione è effettuata dal legale rappresentante del Capofila nonché da ciascuna delle Imprese consorziate o raggruppate.

Nel caso di ricorso all'avvalimento, l'adesione o la sottoscrizione è effettuata anche dal legale rappresentante dell'Impresa ausiliaria.

Nel caso di subappalto, il Patto di integrità va sottoscritto anche dal legale rappresentante del soggetto affidatario del subappalto medesimo.

La carenza della dichiarazione di accettazione del Patto di integrità o la mancata produzione dello stesso debitamente sottoscritto dal concorrente o contraente, sono regolarizzabili attraverso la procedura di soccorso istruttorio. Qualora l'interessato non ottemperi a quanto richiesto con la procedura di soccorso istruttorio, si applicano le sanzioni previste dal presente documento.

Articolo 3 - Riferimenti normativi

L. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, art. 1 co. 17;

D. Lgs. 159/2011 “Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136”, art. 83 bis, co. 3;

D. Lgs. 165/2001 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”, art. 53, comma 16-ter;

Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.).

Articolo 4 - Riferimenti interni alla SdS di Firenze

Codice di comportamento reperibile sul proprio sito istituzionale al seguente link: [Atti generali | Società della Salute di Firenze \(comune.fi.it\)](http://Atti%20generali%20|%20Società%20della%20Salute%20di%20Firenze%20(comune.fi.it))

Misure per la prevenzione della corruzione e trasparenza vigenti nel tempo, reperibili sul proprio sito istituzionale al seguente link: [Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Società della Salute di Firenze \(comune.fi.it\)](http://Piano%20triennale%20per%20la%20prevenzione%20della%20corruzione%20e%20della%20trasparenza%20|%20Società%20della%20Salute%20di%20Firenze%20(comune.fi.it))

Articolo 5 - Dichiarazioni dell'Operatore economico

Con l'accettazione / sottoscrizione del Patto di Integrità, l'Operatore economico dichiara, per quanto in propria conoscenza:

- l'insussistenza di rapporti di parentela o di familiarità con i soggetti che hanno partecipato alla definizione della procedura di gara o di selezione;
- di non avere influenzato il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto dell'avviso/bando o contratto/accordo o di altro atto equipollente, al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente o di regolamentazione del rapporto da parte della SdS;
- di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi a dipendenti della SdS che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della SdS nei propri confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- di non trovarsi in situazioni di controllo o di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e di non avere in corso né di avere praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa vigente;
- di essere consapevole che gli obblighi di condotta del Codice di comportamento della SdS si estendono, per quanto compatibili, anche ai

dipendenti e ad altro personale operante a qualsiasi titolo presso l'Operatore economico che operano presso la SdS.

Articolo 6 - Impegni dell'Operatore economico

Con l'accettazione/ sottoscrizione del Patto di Integrità, l'Operatore economico si impegna:

- a rendere noto il contenuto del presente patto a tutti i propri dipendenti e collaboratori che a qualsiasi titolo presteranno la propria attività in favore della SdS;
- a non ricorrere ad alcuna mediazione o altra opera di terzi finalizzata all'aggiudicazione e/o gestione del contratto;
- a uniformare la propria condotta ai principi di lealtà, buona fede, trasparenza e correttezza professionale;
- ad informare puntualmente tutto il personale di cui si avvale del presente Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti e a vigilare sul rispetto dei medesimi;
- a segnalare alla SdS:
 - qualsiasi situazione di conflitto di interesse anche potenziale e/o insorto successivamente di cui sia a conoscenza, rispetto al personale della SdS e relativa alla fase di gara/selezione e di esecuzione del contratto;
- ad inviare, su richiesta della SdS, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto.

Gli obblighi di cui sopra, nelle fasi di esecuzione del contratto, si intendono riferiti all'Operatore economico con il quale la SdS abbia stipulato il contratto, il quale avrà l'onere di pretenderne il rispetto anche da tutti i propri eventuali subcontraenti e subappaltatori. A tal fine, la clausola che prevede il rispetto degli obblighi di cui al presente Patto di integrità, sarà inserita nei contratti stipulati dall'Operatore economico con i propri subappaltatori e subcontraenti.

Articolo 7 - Modalità di segnalazione

Le segnalazioni di cui all'articolo precedente, dovranno pervenire alla SdS mediante comunicazione diretta al RUP (Responsabile Unico del Procedimento), come identificato nelle singole procedure di selezione o contratti stipulati.

Ai segnalanti sono garantiti i più elevati standard di riservatezza in relazione alla loro identità.

Articolo 8 - Obblighi della SdS

La SdS si obbliga a rispettare i principi di lealtà, trasparenza e correttezza nei confronti degli Operatori economici. In particolare, i principi di comportamento richiesti ai propri esponenti sono dettagliati all'interno del proprio Codice di comportamento, cui si rinvia.

Qualora la SdS riceva una segnalazione in merito a condotte anomale, realizzate dal proprio personale in relazione al procedimento di selezione/gara ed alle fasi di esecuzione del contratto, aprirà un procedimento istruttorio per la verifica della suddetta segnalazione, nel rispetto del principio del contraddittorio.

Articolo 9 - Sanzioni per l'Operatore economico

L'assenza di formale adesione mediante specifica dichiarazione o sottoscrizione del Patto, salvo il soccorso istruttorio di cui all'art. 2, costituisce, per i soggetti di cui allo stesso articolo, causa di esclusione dalla qualifica o dalla fase di selezione.

La violazione degli impegni di cui all'art. 6 costituisce per tutti i soggetti di cui all'art. 2 causa di comminazione, anche in via cumulativa, di una o più delle seguenti sanzioni:

- esclusione dalla fase di selezione, con escussione della eventuale cauzione provvisoria, ove prevista, se la violazione è accertata nella fase precedente alla conclusione del procedimento di selezione;
- revoca dell'aggiudicazione ed escussione della cauzione, se la violazione è accertata nella fase successiva alla selezione ma precedente alla stipula del contratto;
- se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dell'appalto o di gestione del contratto:
 - risoluzione del contratto, ai sensi degli artt. 1453 e 1456 c.c., con escussione della cauzione definitiva, ove prevista;
- segnalazione del fatto all'ANAC ed alle competenti Autorità.

La SdS ha la facoltà di non avvalersi della risoluzione del contratto qualora lo ritenga pregiudizievole per gli interessi pubblici ad esso sottesi. Sono fatti salvi, in ogni caso, l'eventuale diritto al risarcimento danno e l'applicazione di eventuali penali.

Le eventuali sanzioni sono applicate in esito ad un procedimento di verifica condotto dal RUP/DEC nel corso del quale viene garantito adeguato contraddittorio con l'Operatore economico.

Nel caso in cui la violazione del presente Patto costituisca grave illecito professionale ed integri anche altre fattispecie di esclusione, la SdS potrà tenerne conto anche ai fini delle valutazioni relative alla partecipazione degli Operatori economici a future procedure di affidamento.

Articolo 10 - Disposizioni finali

Il Patto di integrità e le relative sanzioni si applicano dall'inizio della procedura di gara/selezione fino all'integrale esecuzione del contratto stipulato in esito alla procedura medesima, compreso l'eventuale periodo di garanzia di quanto fornito.



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

Ogni controversia relativa all'interpretazione ed esecuzione del Patto d'integrità fra la SdS e l'Operatore economico e tra gli stessi operatori economici sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

_____, lì _____

(Firmato dal soggetto sopracitato) *

* Se la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato con firma olografa, è necessario allegare documento di identità in corso di validità del dichiarante.



INI SOCIETÀ della SALUTE di FIRENZE AZIONI PER GLI UTENTI				
Nome/Titolo attività	Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)			
Area di intervento	☐ autismo/neuro-sviluppo ☐ disabilità			
Tipologia di attività	☐ motoria/sportiva ☐ socializzazione			
Target d'età:	☐ 3-11 anni ☐ 12-17 anni ☐ 18-64 anni			
Luogo di svolgimento:	[indirizzo e quartiere]			
Accessibilità:	Descrizione			SI / NO
	Parcheggio dedicato			
	Barriere architettoniche			
	Vicinanza mezzi pubblici			
	Altro [specificare]			
	Altro [specificare]			
ATTIVITÀ DEL VOUCHER				
Breve descrizione:	[massimo quattro righe]			
Tipologia attività:	☐ individuale			
	☐ di gruppo	N. partecipanti :	[se di gruppo]	
Dettaglio voucher: <i>NB. è incluso sempre 1 incontro conoscitivo e 1 prova gratuita</i>	Descrizione			N.
	Durata copertura voucher [mesi]:			
	Frequenza settimanale [volte/settimana]:			
	Durata del singolo incontro [ore]:			
Servizi aggiuntivi offerti	[indicare se vengono offerti servizi aggiuntivi gratuiti (es. servizio di trasporto)]			
EXTRA				
Costi extra necessari (a carico del beneficiario):	Descrizione			Costo
				€ ,00
				€ ,00
				€ ,00
				€ ,00
Certificazione medica:	☐ necessaria ☐ non necessaria			
INFORMAZIONI ENTE ORGANIZZATORE				
Nome Ente:				
Partner di progetto:				
Contatti:	Descrizione	Telefono	Mail	Orario reperibilità
	Responsabile del servizio			
	Segreteria/Front office			

ALLEGATO 6 - "SCHEMA VOUCHER ATTIVITÀ MOTORIE/SOCIALIZZAZIONE"

INFORMAZIONI PER LA SDS:

- a) Strumentazione utilizzata e messa a disposizione per l'attività:
- b) personale impiegato (specificare se, quanto e che tipologia di personale - dipendente o volontario - viene impiegato per l'attività):
- c) costo unitario (500 € / n. accessi totali)
- d) presenza di partner:
- ☐ NO
- ☐ SI', specificare:
- NOME ENTE:
 - NOME E COGNOME RAPP. LEGALE:
 - INDIRIZZO SEDE LEGALE:
 - INDIRIZZO SEDE OPERATIVA:
 - COD. FISCALE:
 - P.IVA:
 - RUOLO NEL PROGETTO:
- (ripetere per ogni Ente partner)
- e) Altre informazioni da segnalare:

Guida per la compilazione SEZIONE “INFORMAZIONI PER GLI UTENTI”

INFORMAZIONI GENERALI

Nome attività: il nome/titolo dell'attività deve essere breve ed intuitivo per l'utente; deve identificare subito l'attività che si propone.

Area di intervento: è possibile barrare entrambe le opzioni qualora l'attività possa essere proposta per entrambe le aree di intervento

Tipologia di attività: barrare solo una delle due opzioni

Target d'età: è possibile barrare una, più o tutte le opzioni in base alla fascia di età a cui può essere proposta l'attività

Luogo di svolgimento: indirizzo dei locali messi a disposizione per l'attività, indicando il quartiere di riferimento

Accessibilità: indicare con SI/NO se presenti parcheggio, barriere architettoniche, vicinanza a mezzi pubblici ed eventualmente aggiungere altre informazioni di accessibilità utili per gli utenti

ATTIVITÀ DEL VOUCHER

Descrizione dell'attività: sintetica descrizione dell'attività (max. 4 righe)

Tipologia di attività (individuale o di gruppo ed in caso numero partecipanti)

Dettaglio voucher: indicare n. mesi, frequenza settimanale (almeno 1 volta), durata singolo incontro (almeno 1 ora)

NB. il totale degli accessi (espressi in ore) deve risultare almeno 20:

Es. mesi 5 x 1 v. a settimana x 1 ora $\square$ 5 x 4 x 1 = tot. 20 accessi/ore OK (voucher valore 500€)

Es. mesi 3 x 1 v. a settimana x 2 ore $\square$ 3 x 4 x 2 = tot. 24 accessi/ore OK (voucher valore 500€)

Es. mesi 3 x 2 v. a settimana x 1 ora $\square$ 3 x 8 x 1 = tot. 24 accessi/ore OK (voucher valore 500€)

Es. mesi 4 x 1 v. a settimana x 1 ora $\square$ 4 x 4 x 1 = tot. 16 accessi/ore NO
ecc...

Servizi aggiuntivi offerti: indicare se vengono offerti gratuitamente servizi aggiuntivi (es. servizio di trasporto)

EXTRA

Costi extra necessari: indicare se sono previsti costi extra necessari a carico del beneficiario ai fini della partecipazione all'attività che esulano dal voucher (es. quota di iscrizione/quota affiliazione ecc)

Certificazione medica: indicare se il beneficiario deve essere in possesso di certificazione medica ai fini della partecipazione all'attività

INFORMAZIONI ENTE ORGANIZZATORE: indicare i contatti dell'Ente organizzatore (telefono e orari reperibilità, mail, sito internet). Inserire uno o più recapiti a cui risponde un operatore realmente informato dell'attività e del Progetto.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 44 del 23/07/2026

In pubblicazione all'Albo della Società della Salute dal 23/07/2026 al 01/08/2026

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005
in data 23/07/2026**