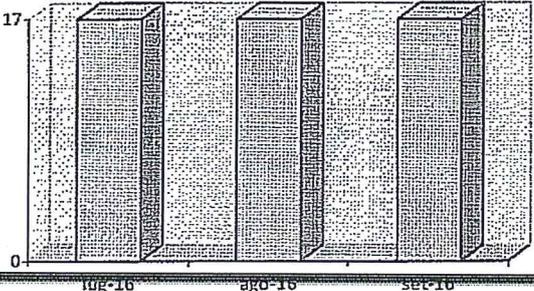


Allegato

A) - DECRETO
N. 115/2016

Schema tipo per la presentazione dei progetti PIS 2011-2015

1	Titolo del progetto	SORVEGLIANZA ATTIVA
2	Area di intervento (PIS)	Area Anziani
3	Ambito territoriale di realizzazione del progetto	Territorio Comunale SIGNA
4	Periodo a cui si riferisce	01/07/2016 - 30/09/2016
5	Soggetto proponente	SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIORENTINA NORD OVEST
6	Soggetto attuatore	CONFRATERNITA MISERICORDIA SAN SEBASTIANO
7	Enti e istituzioni coinvolte	Nessuna
8	Localizzazione dell'intervento	SEDE CONFRATERNITA MISERICORDIA SAN SEBASTIANO
9	Descrizione situazione di partenza	Monitoraggio quotidiano di anziani ultrasettantacinquenni tutti residenti nel Comune di Signa, considerati fascia a rischio durante il periodo caldo estivo attraverso chiamate telefoniche quotidiane.
10	Obiettivi	Obiettivo del progetto è la costruzione di una rete sul territorio che, attraverso il coinvolgimento diretto dell'Associazione, risponda ai bisogni di prima necessità degli anziani segnalati.
11	Attività previste per raggiungere gli obiettivi	Gli strumenti di controllo e monitoraggio utilizzati sono le chiamate telefoniche quotidiane e le visite domiciliari attivate in caso di necessità svolte dai dipendenti.

12	Durata complessiva dell'intervento	 <p>The chart displays three bars representing data for July, August, and September 2016. All three bars have a height of 17, indicating a constant value across the three months. The y-axis is labeled from 0 to 17, and the x-axis is labeled with the months 'lug-16', 'ago-16', and 'set-16'.</p>
----	------------------------------------	--

13	Destinatari del progetto	Ultrasettantacinquenni residenti nel Comune di Signa residenti da soli, privi di sostegno familiare e solidale, rete amicale e volontariato, segnalati dai Medici di Famiglia per problemi di salute.
----	--------------------------	---

14	Modalità di raccordo con gli operatori socio-sanitari	Attivazione del servizio sanitario di emergenza territoriale 118, VV.UU., Carabinieri Vigili del Fuoco in caso di unresponding da parte degli utenti.
----	---	---

15	Costo totale previsto	1.500,00 Euro
----	-----------------------	---------------

16	Finanziamento del progetto	Contributo richiesto sul PIS 1.500,00 Euro
----	----------------------------	--

17	Risultati attesi	Affinamento e miglioramento delle procedure e delle attività progettuali finalizzate alla prevenzione della fragilità degli anziani consentendo un efficace servizio di sorveglianza e una buona risposta alle esigenze dei beneficiari del progetto, quali la lotta all'emarginazione ed alla solitudine e le varie difficoltà negli spostamenti.
----	------------------	--

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E
ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE**

Prot. S.D.S. 4803 del 30/06/2016

Spett.le
SdS Fiorentina Nord - Ovest

Il sottoscritto: BEATRICE BIANCALANI

Nato (luogo e data di nascita): FIRENZE (FI) il 28/12/1966

C.F. BNCBRC66T68D642J

Residente: Comune di SIGNA LOC. SAN MAURO Prov. FIRENZE ;

Via/p.zza VIA DELLA CHIESA, 26

Legale rappresentante dell'associazione o persona legalmente autorizzata ad impegnare l'associazione:

CONFRATERNITA DI MISERICORDIA SAN SEBASTIANO

Con sede in: Comune di SIGNA LOC. SAN MAURO Prov. FIRENZE

Via/p.zza DELLA CROCE, 64

con codice fiscale n.: 80100680489

e con partita IVA n.: 05813280483

con domicilio eletto per le comunicazioni inerenti la presente convenzione in VIA DELLA

CROCE, 64 - SIGNA (FI) LOC. SAN MAURO n. di fax 055/8739222 indirizzo di

posta elettronica / PEC segreteria@misericordiasanmauro.it; misericordiasanmauro@pec.it

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

Dichiara

- 1) il legale rappresentante è il soggetto indicato nell' intestazione della presente dichiarazione;
- 2) l'associazione è iscritta:

al Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato

della Toscana (L. n. 266/1991 – L.R.T. n. 28/1993) – articolazione provinciale di FIRENZE.....

n. e data iscrizione 1098 del 26/09/1994.....;

Al registro delle Associazioni di promozione sociale

della Toscana (L. n. 383 del 7.12.2000 – L.R.T. n. 42 del 9.12.2002) – articolazione provinciale di

.....n. e data iscrizione

3) che, con riferimento

alle attività di SORVEGLIANZA ATTIVA.....

al progetto denominato SORVEGLIANZA ATTIVA – ANZIANI FRAGILI.....

a) il coordinamento operativo

è affidato a CONFRATERNITA MISERICORDIA SAN MAURO.....

b) che la realizzazione delle attività/ del progetto rientra nelle finalità statutarie dell'Associazione (solo per le APS) e che lo Statuto prevede lo svolgimento delle attività sopra indicate nei confronti di terzi;

4) che nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 o di una delle cause ostativa di cui all'art.67 del medesimo decreto legislativo nè sussiste alcuna causa di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;

5) che nei propri confronti non è stata emessa sentenza di condanna passata in giudicato/decreto penale di condanna divenuto irrevocabile ovvero /sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 codice di procedura penale

6) che l'associazione è in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse secondo la legislazione vigente;

Dichiara infine

7) che l'Associazione provvederà a stipulare l'apposita polizza assicurativa ;

8) la coerenza tra la gestione del progetto e le normative inerenti il settore di appartenenza del soggetto;

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati dalla Società della Salute, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità inerenti al procedimento .

Dichiara infine di aver preso visione del Codice di Comportamento del personale SdS reperibile sul sito web dell'Ente nella Sezione Trasparenza.

S. MAURO A SIGMA li 28/06/2016

TIMBRO ASSOCIAZIONE
CONFRATERNITA' DI MISERICORDIA
SAN MAURO

Via della Croce n° 67
50050 SAN MAURO (FI)
Cod. Fisc. 80100680487

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Bianconeri, Benetti

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ

ISTRUZIONI E NORME PER LA COMPILAZIONE:

1. per le dichiarazioni di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, in allegato alla presente dichiarazione deve essere prodotta fotocopia di un valido documento di identità personale.
2. la dichiarazione va correttamente compilata in ogni sua parte. Il modello di dichiarazioni deve essere sottoscritto dal legale rappresentante o da persona legalmente autorizzata ad impegnare l'associazione. Nel caso in cui l'autodichiarazione venga resa da persona legalmente autorizzata ad impegnare il concorrente medesimo, dovrà essere prodotta, unitamente all'autodichiarazione, copia conforme dell'atto contenente l'abilitazione.
3. si prega di apporre timbro di congiunzione fra le pagine. Se lo spazio non è sufficiente per l'inserimento dei dati, è possibile allegare fogli aggiuntivi, con apposito timbro di congiunzione.

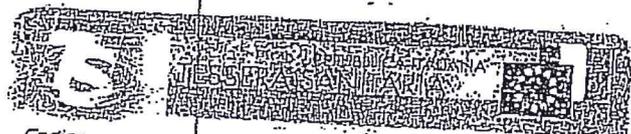
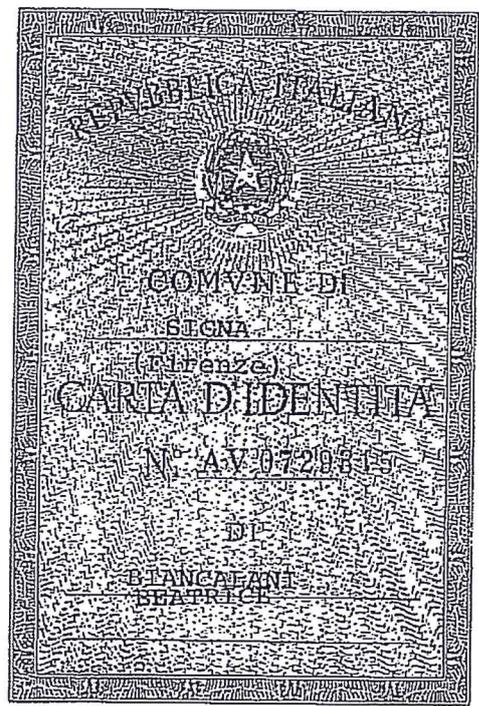
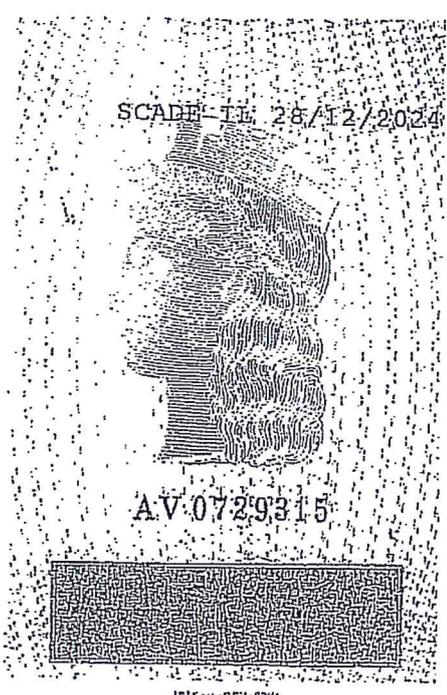
Resta ferma la facoltà, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, di verificare la veridicità e l'autenticità delle attestazioni prodotte.

Cognome..... BIANCALANI
 Nome..... BEATRICE
 nato il..... 28/12/1966
 (alto n. 2326 E A.1)
 a..... FIRENZE (FI)
 Cittadinanza..... Italiana
 Residenza..... SIGNA
 Via..... DELLA CHIESA n. 26
 Stato civile..... =====
 Professione..... ===



Statura..... 1.65
 Capelli..... grigi
 Occhi..... castani
 Segni particolari..... nessuno

.....SIGNA il..... 24/02/2014
 Il SINDACO
 Impronta del dito indice sinistro
 EURO 5.42



Codice fiscale BNCBR666768D65173 Data di scadenza 11/11/2010
 Cognome BIANCALANI Sesso F
 Nome BEATRICE
 Luogo di nascita FIRENZE
 Provincia FI
 Data di nascita 28/12/1966