

**DOMANDA DI AMPLIAMENTO DEI POSTI**  
ex art. 9 delle Linee Guida allegate al DM 18 novembre 2019  
**TIPOLOGIA DI ACCOGLIENZA: Accoglienza in favore di persone disabili e/o con disagio  
mentale o psicologico e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare,  
specialistica e/o prolungata (DM/DS)**

**AL MINISTERO DELL'INTERNO**  
**Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Nato/a a:

Provincia:

Il:

In qualità di:

- Legale rappresentante
- Soggetto delegato con potere di firma per l'Ente locale (Allegare atto di Delega del firmatario la domanda di ampliamento)

dell'Ente locale:

Sede in Via/P.zza, n.civico:

Cap:

Città:

Regione:

Provincia:

**Dati del responsabile del progetto presso l'Ente locale**

Cognome:

Nome:

Codice Fiscale:

Nato/a a:

Provincia:

Il:

Telefono:

E-mail:

Pec:

## Dati riepilogativi del progetto SAI già finanziato

<b>Progetto di accoglienza integrata riservato a:</b>	Persone disabili e/o disagio mentale o psicologico e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata
<b>Codice Progetto:</b>	
<b>Numero dei posti di accoglienza finanziati:</b>	
<b>Soggetti beneficiari e numero dei posti:</b>	<input type="checkbox"/> Persone singole di sesso maschile Numero di posti: ...  <input type="checkbox"/> Persone singole di sesso femminile Numero di posti: ...  <input type="checkbox"/> Nuclei familiari Numero di posti: ...  <input type="checkbox"/> Nuclei familiari monoparentali Numero di posti: ...
<b>N. posti in strutture già attive e utilizzate nell'ambito del progetto SAI per DM/DS</b> (si ricorda che il totale dei posti delle strutture deve coincidere con il Numero dei posti di accoglienza finanziati):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. posti ____ sul territorio del comune di _____</li> <li>• N. posti ____ sul territorio del comune di _____</li> <li>• N. posti ____ sul territorio del comune di _____</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>(in caso di ulteriori strutture, aggiungere altre righe)</i></p>
<b>Costo totale annuale del progetto</b> (se del caso, comprensivo di cofinanziamento):	
<b>Indicare il costo giornaliero a persona</b> (pro-die pro-capite: rapporto fra costo totale annuale del progetto e numero dei posti per cui si chiede il contributo, diviso per 365 giorni):	
<b>Nel caso in cui l'ente locale sia titolare anche di altro/i progetto/i SAI per ORD e/o MSNA, indicare N. posti in strutture già attive e utilizzate nell'ambito di questi progetti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. posti ____ sul territorio del comune di _____</li> <li>• N. posti ____ sul territorio del comune di _____</li> <li>• N. posti ____ sul territorio del comune di _____</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>(in caso di ulteriori strutture, aggiungere altre righe)</i></p>
<b>Nel caso in cui sul territorio dell'ente locale insistano strutture afferenti ad altro progetto SAI, indicarne l'ente locale titolare e il N. posti in strutture già attive sul territorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetto di _____ (indicare l'ente locale titolare di progetto SAI con strutture sul proprio territorio)</li> <li>• Tipologia di progetto: _____ (ORD-MSNA-DM/DS)</li> <li>• N. posti ____ insistenti sul proprio territorio.</li> </ul>

## CHIEDE

In conformità di quanto previsto dall'art. 11, comma 2 delle Linee Guida allegate al DM 18.11.2019, un ampliamento dei posti di accoglienza come segue:

<b>Numero dei posti per i quali si richiede l'ampliamento:</b>	
<b>Soggetti beneficiari e il numero dei posti per i quali si richiede l'ampliamento:</b>	<p>Numero di posti in ampliamento in favore della "accoglienza di persone con disagio mentale o psicologico" (DM)":</p> <p><input type="checkbox"/> Persone singole di sesso maschile Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Persone singole di sesso femminile Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Nuclei familiari Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Nuclei familiari monoparentali Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p>Numero di posti in ampliamento in favore della "accoglienza di persone disabili e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata (DS)":</p> <p><input type="checkbox"/> Persone singole di sesso maschile Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Persone singole di sesso femminile Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Nuclei familiari Numero di posti in ampliamento: ...</p> <p><input type="checkbox"/> Nuclei familiari monoparentali Numero di posti in ampliamento: ...</p>
<b>Posti senza barriere architettoniche:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. posti_____ senza barriere architettoniche</li> </ul>
<b>Casistiche sanitarie per le quali si garantiscono servizi di presa in carico specialistica<sup>1</sup>:</b>	
<b>Strutture da utilizzare per l'ampliamento</b> (si ricorda che il totale dei posti delle strutture deve coincidere con il Numero dei posti per i quali si richiede l'ampliamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. posti_____ sul territorio del comune di_____</li> <li>• N. posti_____ sul territorio del comune di_____</li> <li>• N. posti_____ sul territorio del comune di_____</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>(in caso di ulteriori strutture, aggiungere altre righe)</i></p>
<b>Contributo annuale per</b>	

<sup>1</sup> Indicare per quali casistiche sanitarie il progetto SAI può intervenire in maniera specialistica, sulla base delle peculiarità del territorio, della propria rete di riferimento e dell'équipe di progetto.

**ampliamento** (se del caso,  
al netto del cofinanziamento)

A tal fine, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

- Di impegnarsi ad avvalersi di strutture aventi i requisiti dell'art. 19 delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019;
- Che le variazioni apportate alle strutture utilizzate saranno tempestivamente comunicate sulla base di quanto previsto dalle disposizioni contenute nel Capo IV delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019;
- Che l'utilizzo di strutture insistenti sul territorio di un ente locale non associato al progetto avverrà **previa acquisizione di una lettera di formale adesione da parte del rappresentante legale del Comune interessato.**

### **DICHIARA INOLTRE**

Che i servizi di accoglienza erogati relativamente ai posti ampliati:

- Non saranno affidati a enti attuatori.
- Saranno affidati a enti attuatori nel rispetto del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e ss.mm. e della normativa, nazionale e regionale, di settore e sulla base del possesso dei requisiti previsti dall'art.10 delle Linee guida allegate al DM 18.11.2019;

Nel caso di servizi affidati a enti attuatori, i relativi verranno tempestivamente comunicati all'indirizzo mail [servizi.civili@pecdci.interno.it](mailto:servizi.civili@pecdci.interno.it)

Fanno parte integrante della presente domanda i seguenti allegati:

- Atto attestante la delega del firmatario;
- Lettere di adesione da parte del legale rappresentante di Comuni, su cui insistono le strutture di accoglienza e non già aderenti al progetto SAI di cui è titolare l'ente locale richiedente;
- Ogni altro documento che si produce e che si chiede di acquisire con la presente domanda.