**ALLEGATO 1**

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE DA PARTE DELLE STRUTTURE PRESENTI NEL TERRITORIO DI ATS BRIANZA PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE DI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER IL CONTRASTO AL DISTURBO DA GIOCO D’ AZZARDO PATOLOGICO AI SENSI DELLA DGRL n. 585/18 - ALLEGATO C**

Io sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………….

nato/a a ………………………………………………………………...il……...…………………….

residente a ……………………………………………………………………………………………..

Via ………………………………………………………………………… N°…………………………

in qualità di legale rappresentante dell’Ente ………………………………………………………..

Codice fiscale ........................................................................................................................…

Partita IVA ..............................................................................................................................…

Sede legale .............................................................................................................................…

Telefono …………………….. Fax ………………………… Cellulare……………………………..

E-mail ……………………………………………………………………………………………………

Sede operativa .......................................................................................................................…

Telefono …………………….. Fax ………………………… Cellulare……………………………..

E-mail ……………………………………………………………………………………………………

N° iscrizione INAIL ................................................................................................................…

N° iscrizione INPS ..............................................................................................................…...

Sedi territorialmente competenti ………………………………………………………………….

Indirizzo PEC**……………………………………………………………….**

Ai sensi degli artt. 38 comma 3°, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA:**

1. Di aver letto, compreso e di accettare integralmente quanto stabilito nell’avviso di manifestazione di interesse;
2. Di osservare le norme comunitarie, nazionali e regionali in materia di lavoro, tutela della privacy e sicurezza del lavoro;
3. Di essere:

* Ente accreditato nel sistema delle dipendenze presenti nel territorio di ATS della Brianza
* O di avere in corso l'istanza di accreditamento, presentata il……, e di aver comprovata esperienza nell’ambito delle dipendenze,

**Luogo e data**

**Firma del dichiarante**

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

* Progetto/Progetti
* Fotocopia carta d’identità in corso di validità del legale rappresentante