

Allegato 02 - Fac-simile domanda di partecipazione

Spett.le ATS Brianza
PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD “AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALL’ATTIVAZIONE NEL TERRITORIO DELL’ATS BRIANZA DI TRE CENTRI PER LA VITA INDIPENDENTE DI CUI ALLA DGR XII/984/2023”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

A) Anagrafica dell’Ambito territoriale candidato (*Ente capofila*)

Denominazione	
Comune capofila	
Sede legale	
Rappresentante legale	
Referente per l’implementazione del programma	
Telefono	
Posta elettronica	

A Bis) Anagrafica dell’Ambito territoriale (*informazioni da inserire per ogni singolo Ambito coinvolto*)

Denominazione	
Comune capofila	
Sede legale	
Rappresentante legale	
Referente per l’implementazione del programma	
Telefono	
Posta elettronica	

B) Anagrafica dell'Associazione delle persona con disabilità attive sul territorio
(informazioni da inserire per ogni singola Associazione coinvolta- almeno 2)

Denominazione	
Sede legale	
Presidente	
Referente per l'implementazione del programma	
Telefono	
Posta elettronica	

C) Informazioni sul responsabile e coordinatore dell'implementazione del CVI

Cognome e Nome	
Sede	
Telefono	
Cell.	
Posta elettronica	

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- di essere a conoscenza dei contenuti dell'Avviso e di accettarlo integralmente;
- di impegnarsi a:
 - accettare, anche durante la realizzazione dell'intervento, gli eventuali controlli di ATS o di Regione Lombardia e degli altri organi competenti;
 - fornire dati e informazioni richiesti ai fini della valutazione dell'intervento oggetto della domanda stessa;
- di essere a conoscenza dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e del D.lgs. 101/2018 consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo www.ats-brianza.it

- che intende attivare o ha già in essere (da specificare) intese/partenariato con i seguenti altri soggetti:

Soggetto partner (denominazione)	Sede	Codice fiscale	Tipologia (ente pubblico, privato sociale, privato)	Note
(aggiungere righe se necessario)				

CHIEDE

di partecipare all' AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALL'ATTIVAZIONE NEL TERRITORIO DELL'ATS BRIANZA DI TRE CENTRI PER LA VITA INDIPENDENTE DI CUI ALLA DGR XII/984/2023 con la proposta progettuale (inserire titolo) _____ allegata alla presente domanda, con un costo totale previsto pari ad € _____ con ammissione al contributo di € _____ garantendo una quota di cofinanziamento di € _____.

(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante