

**CARTA INTESTATA
ENTE/ASSOCIAZIONE**

(Indirizzo, Tel., Cell., Web, e-mail)

Al Comune di Chiavari
Servizi alla Persona

Piazzale San Francesco, 1
16043 CHIAVARI (GE)

**INTERVENTI PER IL CONTRASTO ALLA GRAVE EMARGINAZIONE ADULTA E
ALLA CONDIZIONE DI SENZA DIMORA**

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA COPROGETTAZIONE ESECUTIVA

Il sottoscritto nella sua qualità di legale
rappresentante del soggetto partecipante

Indicare tipologia

- Associazione di volontariato
- Associazione di promozione sociale
- Ente religioso
- Fondazione
- Cooperativa sociale
- Altro soggetto non profit

Codice fiscale del soggetto partecipante: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo (sede legale): _____

Cap - località/comune: _____

Recapito telefonico _____

fax _____ e-mail: _____

PEC: _____

Recapito postale (qualora diverso dall'indirizzo sopra riportato): _____

Referente per la coprogettazione:

Cognome _____ Nome _____

Ente di Appartenenza: _____

Tel. _____ e-mail: _____

CHIEDE

di partecipare alla coprogettazione esecutiva in epigrafe.

AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE

ai sensi degli articoli 38 comma 3, 46, 47, 48 e 76, del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali e amministrative derivanti da dichiarazioni mendaci

DICHIARA

che il soggetto partecipante:

- svolge attività senza finalità di profitto di cui all'articolo 1, quarto comma, della legge 328/2000;
- è iscritto ai registri regionali di cui alla L.R. 42/2012 (indicare n. e data di iscrizione) ;
- opera alla data del presente avviso nel territorio della Provincia della Spezia, nell'ambito di attività analoghe a quelle declinate nelle linee guida allegate all'avviso di progettazione.

(allegare sintetica descrizione delle attività svolte)

- non sussistono motivi di esclusione di cui all'articolo 80 del D.Lgs. 50/2016 in capo al soggetto partecipante ed alle persone che ne hanno la legale rappresentanza;
- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione vigente.
- obblighi contributivi:
 - è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali/assistenziali, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contrattuali nazionali e locali.
CCNL applicato:
numero totale dei dipendenti:

oppure

- non è assoggettato alla normativa sulla regolarità contributiva in quanto non ha dipendenti
- è in regola con gli obblighi in materia di sicurezza, secondo la legislazione vigente.

Il sottoscritto si assume la piena responsabilità delle affermazioni e delle notizie contenute nella presente domanda e nella documentazione ad essa allegata, consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti o l'uso di un atto falso costituiscono reato ai sensi dell'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" ed implicano l'applicazione di una sanzione penale.

Data _____ (firma del legale rappresentante) allegare fotocopia documento di identità
------------	---

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.