



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Allegato B)
Determina n. 22 del 14/09/21

Spett.le Società della Salute Alta Val d'Elsa
Alla c.a. Direttore
53036 Poggibonsi – Via della Costituzione, 30
PEC: sds.altavaldelsa@legalmail.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Manifestazione di interesse a partecipare alla co-progettazione, ai sensi dell'art. 55 D. Lgs. 117/17 per la gestione delle attività di un Progetto di Sostegno Alimentare (progetto "ADISOIN – Azioni di Sostegno Integrate")

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ___ / ___ / ___ /
C.F. _____ residente in _____ (cap _____)
Via _____ n. _____
in qualità di legale rappresentante di

avente sede legale in _____ (cap _____)
Via _____ n. _____
C.F. _____
P.IVA _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC

avente la seguente forma giuridica:

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000.

PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell'Avviso di cui all'oggetto

MANIFESTA

l'interesse del soggetto suindicato a partecipare alla procedura individuata in oggetto, accettandone integralmente le condizioni

DICHIARA

- che il soggetto proponente suindicato è in possesso dei requisiti di partecipazione individuati dal suindicato Avviso;
- di aver preso visione del progetto ADISOIN - Azione 2 - e di accettare le linee di indirizzo per l'attuazione degli interventi finanziati in esso contenute;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- la correttezza e la veridicità di quanto riportato nella presente scheda e negli allegati.

INDIVIDUA quale

RAPPRESENTANTE AL TAVOLO DI CO-PROGETTAZIONE (max 2 nominativi)

(1)

Nome e cognome _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Ruolo nell' organizzazione _____

(2)

Nome e cognome _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Ruolo nell' organizzazione _____



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

ALLEGA

- Statuto dell'ente redatto nella forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata o registrata;
- Copia dell'iscrizione agli appositi registri del Terzo Settore;
- Copia non autenticata di documento di riconoscimento in corso di validità del Legale Rappresentante, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- Capacità tecnica e idea progettuale redatta secondo il modello (allegato C).

(luogo e data)

(timbro e firma del Legale Rappresentante)
