

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)

ALL. 1

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

co-programmazione e co-progettazione per "servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare"

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:

MANIFESTA INTERESSE PER partecipare all'attività di co-programmazione e co-progettazione Finalizzata alla presentazione in partenariato con altri di uno o più progetti a valere sull'Avviso "interventi per le persone con disabilità grave prive di sostegno familiare", in qualità di

soggetto sostenitore

soggetto partner

a tal fine dichiara e informa che

- che l'ente svolge attività di:

(max 1500 caratteri) da compilare sia dai soggetti sostenitori che partner

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)

- che, può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, con particolare riguardo alle attività riconducibili all'Ambito
(da compilare soltanto dagli aspiranti partner)
-
- Ambito A – Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'art. 3, commi 2 e 3 del DM 23 novembre 2016
- Ambito B – Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, comma 4 del DM 23 novembre 2016
- Ambito C – Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6 del DM 23 novembre 2016)

E a tale proposito dichiara di aver svolto i seguenti progetti affini ai servizi promossi nell'Avviso Regionale:

(max 2500 caratteri)
Descrivere da 1 a 3 attività.
Da compilare solo dai soggetti partner

Che, in relazione all'avviso regionale si propone di promuovere sul tavolo di co-programmazione e co-progettazione la presente idea progettuale

(max 2500 caratteri)

NB

I soggetti sostenitori dovranno inserire in questa sezione il ruolo che ipotizzano ricoprire come attività di supporto al progetto (ad esempio: attività di advocacy, ruolo di promozione delle azioni progettuali messe in atto con il progetto verso la base associativa, attività di supporto da parte di un gestore di una struttura nel percorso di cosiddetta deistituzionalizzazione di uno o più ospiti, ecc.))



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)

- che il personale che si intende utilizzare (con allegato curriculum professionale dello stesso) nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

Da compilare solo dai soggetti partner

- che le strumentazioni, risorse umane ed economiche e/o strutture che sono nella propria disponibilità e che verranno messe a disposizione per l'espletamento delle attività prevedibili del progetto, nonché le eventuali azioni di reperimento risorse che potranno essere messe in campo sono:

Da compilare solo dai soggetti partner

- che le Associazioni presenti nel territorio della zona-distretto con cui vigono rapporti di collaborazione sono le seguenti:

Da compilare sia dai soggetti partner che dai soggetti sostenitori

- Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

Da compilare sia dai partner che dai soggetti sostenitori



Società della Salute della Toscana



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)

DICHIARA inoltre

- che la persona incaricata di partecipare ai lavori del Gruppo di co-programmazione e co-progettazione /al gruppo dei soggetti sostenitori è (di cui si allega curriculum) : (Nome e Cognome) _____, nato a _____, il _____ CF _____, residente in _____ (cap _____), Tel. _____, e-mail _____;
- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec _____;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla fase di co-programmazione e co-progettazione .

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B.

Allegare curriculum dell'incaricato alla partecipazione

In caso di aspirante partner compilare ed allegare anche l'allegato 2 al presente avviso.

Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

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)

ALL. 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47

(Ogni aspirante soggetto partner deve compilare la presente dichiarazione)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Residente a _____

Via _____

legale rappresentante di

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

Dichiara

di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,

che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;

di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale; *nel caso di soggetti privati:*

di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

nel caso di soggetti privati:

di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
(per le cooperative)

di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

Data,

Firma e timbro (allegare copia documento identità)