

**Ambito Sanluri**

**Unione Comuni Marmilla**

Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.

ASL Mediocampidano

Provincia SUD SARDEGNA

Email: [sanluriplus@unionecomunimarmilla.it](mailto:sanluriplus@unionecomunimarmilla.it)

PEC: [distrettosanluriplus@legalmail.it](mailto:distrettosanluriplus@legalmail.it)



**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO STRAORDINARIO ALLE ASSOCIAZIONI SARDE PER LE PERSONE MALATE DI ALZHEIMER**

Il/La sottoscritto/a

| **Nome:** |  | **Cognome:** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale:** |  | **Luogo di nascita:** |  |
| **Provincia di nascita:** |  | **Data di nascita:** |  |
| **Residenza e indirizzo:** |  | | |

in qualità di Rappresentante legale dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

inserire i dati dell’Ente/Organizzazione/Associazione:

| **Denominazione:** |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sede legale:** |  | **Sede operativa:** |  |
| **Codice fiscale:** |  | **Partita iva (ove sussista):** |  |
| **Forma giuridica:** |  | | | |
| **E-mail:** |  | **Pec:** |  |
| **Recapiti telefonici:** |  | | | |
| **Sito web:** |  | | | |
| **Iscrizione al Registro del Terzo Settore (RUNTS)** |  | | | |
| **Iscrizione Enti previdenziali**  **(ove sussista)** | **INAIL:** | | | |
| **INPS:** | | | |
| **CCNL di riferimento applicato ai lavoratori dipendenti** |  | | | |
| **n. lavoratori dipendenti** |  | **n. volontari iscritti al registro dei volontari dell’ente** |  |

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità,

**richiede**

**l’accesso** al contributo per le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale sarde per l’implementazione di programmi di intervento in favore delle persone affette da Alzheimer, come da progetto allegato, per un importo pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_ e

**a tal fine dichiara**

(barrare le caselle delle dichiarazioni che interessano)

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Di avere preso visione dell’”Avviso per la selezione di organizzazioni di volontariato (ODV) e associazioni di promozione sociale (APS) che operano nel territorio per la realizzazione di interventi in favore delle persone malate di Alzheimer”, di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in essi contenute senza riserva alcuna; |
| □ | di essere formalmente costituiti mediante……………………………………………………………………. ; |
| □ | di svolgere le attività, come risultanti dallo statuto o dall’atto costitutivo, coerenti con le finalità istituzionali della Regione Sardegna in materia sociale e funzionali agli obiettivi della programmazione regionale; |
| □ | di impegnarsi nella produzione della documentazione dal presente Avviso Pubblico; |
| □ | di essere regolarmente iscritti nel Registro del Terzo Settore - attuazione degli artt. 45 e segg. del Codice del Terzo Settore (Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117), con volontari adeguatamente formati, rilevabile da attestazioni, qualifiche etc. |
| □ | di essere iscritti nella sezione “a) Organizzazioni di volontariato” del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore di cui al decreto legislativo 03/07/2017 “Codice del Terzo Settore, a norma dell’articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (Dichiarazione specifica per le Organizzazioni di volontariato); |
| □ | di essere iscritti nella sezione “b) Associazioni di promozione sociale” del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore di cui decreto legislativo 03/07/2017, n. 117 “Codice del Terzo settore, a norma dell’articolo 1, del comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (Dichiarazione specifica per le Associazioni di Promozione Sociale); |
| □ | di possedere o impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o cose conseguenti all’attività del servizio, così come dettagliato all’art. 7 dell’avviso; |
| □ | di possedere nel proprio organico figure professionali necessarie per l’erogazione dei servizi previsti dall’Avviso in oggetto; |
| □ | che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all’art. 9, comma 2, lett. c) del D.Lgs. n. 231/2001 e/o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all’art. 14 del D.Lgs.09/04/2008 n. 81 (art.94, comma 5 lett. a) D.Lgs. 36/2023); |
| □ | di aver preso visione dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali allegata (Allegato C) all’Avviso e di essere informato/a, ai sensi dell’art.13 del regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:   * sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente al contributo; * potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento relativo alla presente istanza; * potranno, inoltre, essere conservati per un periodo di 10 anni e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali; * potranno essere comunicati alla regione Autonoma della Sardegna. |

**N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal legale rappresentante dell’associazione; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d’identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore**

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Allegato B – Scheda Progetto;
2. Documento d’identità del legale rappresentante,
3. Copia dell’atto costitutivo
4. Copia dello statuto

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante legale dell’Ente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_