|  |  |
| --- | --- |
|  | **Comune di Isili**  **Provincia del Sud Sardegna**  **09056 Piazza San Giuseppe n.6**  **Tel.0782/80440-802013 Fax 0782/804469**  **EMail** [**upgaisili@gmail.com**](mailto:upgaisili@gmail.com) **Pec** [**protocollo.isili@pec.it**](mailto:protocollo.isili@pec.it) |

**UNITA’ OPERATIVA**

**AFFARI GENERALI – SERVIZI DEMOGRAFICI – SERVIZI SOCIALI**

**UFFICIO DI PIANO DEL PLUS SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO**

# MODELLO DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

**AVVISO PUBBLICO PER ASSISTENZA ALLE PERSONE MALATE DI ALZHEIMER**

Interventi a favore delle persone malate di Alzheimer

Legge regionale 19 dicembre 2023, n. 17, art. 5, comma 40

Deliberazione di Giunta regionale n. 23/43 del 03/07/2024

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| avente sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_)  avente sede operativa in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| e sede operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sito web \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico e nominativo del referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Avente la seguente forma giuridica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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,  **DICHIARA DI:**   * essere formalmente costituiti; * essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili previste dalla L. 68/1999 art. 17; * non aver messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna ai sensi dell’articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246”, accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente; * 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: * non aver nessun rappresentante legale condannato, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l’incapacità a contrarre con la P.A.; * non aver nessun rappresentante legale nei cui confronti siano pendenti procedimenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui art. 6 del decreto legislativo n. 159 del 2011 o di una delle cause ostative previste dall'art. 67 del decreto legislativo n. 159 del 2011; * osservare ed applicare integralmente il trattamento economico e normativo previsto dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro e rispettare tutti gli adempimenti assicurativi, previdenziali e fiscali derivanti dalle leggi in vigore, nella piena osservanza dei termini e modalità previsti dalle leggi medesime; * essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale; * essere in regola in materia di imposte e tasse; * essere in possesso di partita IVA/codice fiscale; * il proprio conto corrente dedicato è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * *[****dichiarazione specifica per le organizzazioni di volontariato****]* essere iscritte nella sezione “*a) Organizzazioni di volontariato”* del Registro unico nazionale del terzo settore di cui al decreto legislativo 03/07/2017, n. 117 “*Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106” al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;* * *[****dichiarazione specifica per le associazioni di promozione sociale****]* essere iscritte nella sezione “b*) Associazioni di promozione sociale”* del Registro unico nazionale del terzo settore di cui al decreto legislativo 03/07/2017, n. 117 “*Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106” al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*; |

**MANIFESTA INTERESSE A PARTECIPARE**

Alla realizzazione di attività domiciliari in favore delle persone malate di Alzheimer e i loro familiari.

**DICHIARA INOLTRE CHE:**

* che l’impresa/ente svolge attività di: (breve CV che descriva l’attività dell’organizzazione con focus specifico sulle attività coerenti con l’oggetto dell’Avviso):

|  |
| --- |
|  |

* che l’organizzazione svolge la sua attività nei seguenti Comuni ricadenti nell’Ambito del Plus Sarcidano Barbagia di Seulo:

|  |
| --- |
|  |

* nel territorio nell’Ambito del Plus Sarcidano Barbagia di Seulo intende svolgere le seguenti attività (con precisazione del cronoprogramma di realizzazione);

|  |
| --- |
|  |

* che gli obiettivi e i risultati che intende raggiungere sono i seguenti:

|  |
| --- |
|  |

* che il programma orientativo della spesa sarà il seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPOLOGIA DI SPESA | NOTE/DESCRIZIONE | IMPORTO |
| Rimborso spese volontari |  |  |
| Retribuzione professionisti area socio sanitaria |  |  |
| Acquisto materiale |  |  |
| Altro |  |  |
| TOTALE |  |  |

* altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d’interesse (max 1 pagina):

|  |
| --- |
|  |

**DICHIARA INFINE**

* che le comunicazioni in ordine agli esiti della presente manifestazione d’interesse dovranno essere effettuate al seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 2016/679 (“GDPR”) e 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.

**SI 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 e allega la seguente documentazione:

* Atto costitutivo dell’Associazione;
* Documento di identità del legale rappresentante dell’Associazione;
* Informativa sul trattamento dei dati personali.

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo e data** | **Firma digitale del Legale rappresentante** |
| ................................................................ | *……………..................................................................* |