

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI PER LA GESTIONE DELL'INTERVENTO TRIENNALE "SOSTEGNO FRAGILITA' - UNA RETE DI PROSSIMITA'"

ALLEGATO C (IMPEGNO FORMALIZZAZIONE PARTENARIATO)

DA COMPILARSI DA PARTE DEL SOGGETTO CAPOFILA E DA TUTTI I SOGGETTI PARTNER (SOLO IN CASO DI PARTECIPAZIONE IN ASSOCIAZIONE)

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._____

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._____

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._____

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._____

DICHIARANO

CONSAPEVOLI 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

CHE, IN CASO DI AFFIDAMENTO DELL'INTERVENTO "SOSTEGNO FRAGILITA' - UNA RETE DI PROSSIMITA'", PROVVEDERANNO ALLA FORMALIZZAZIONE DEL PARTENARIATO MEDIANTE ACCORDO, DA SOTTOSCRIVERSI PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE TRA ASL E SOGGETTO CAPOFILA, PENA LA DECADENZA DELL'AFFIDAMENTO STESSO

_____, ___/___/___

Capofila _____
Partner _____

Partner _____
Partner _____