

ZONA DISTRETTO ELBA

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

**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. _____

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 REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "SOSTEGNO FRAGILITA' ANZIANI – 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 _____