

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
COPROGETTAZIONE DI INTERVENTI E SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE CON  
DISABILITA' 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 coprogettazione Finalizzata alla  
presentazione in partenariato con altri di uno o più progetti a valere sull'Avviso “servizi alle 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

- 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 di accrescimento dell'autonomia**

- ☐ Ambito B – percorsi di abitare supportato/cohousing
- ☐ Ambito C – Percorsi di accrescimento della consapevolezza

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 coprogettazione 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.)**

- 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

#### **DICHIARA inoltre**

- che la persona incaricata di partecipare ai lavori del Gruppo di coprogettazione/al gruppo dei soggetti sostenitori è (di cui si allega curriculum) : (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ (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 coprogettazione .

(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.*

## Allegato 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)