**ALLEGATO 1 - AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE, SOCIETA’ SPORTIVE E/O ASSOCIAZIONI CULTURALI DISPONIBILI ALLA CO-PROGETTAZIONE AI SENSI DELL’ART. 55 D.LGS 117/2017 E SS.MM.II DEL CODICE DEL TERZO SETTORE PER LA REALIZZAZIONE DI PROPOSTE PROGETTUALI PER L’AVVIO DI PROGETTI DI CUI AL FONDO PER L’INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ – LEGGE 21 MAGGIO 2021, N.69 (DGR XI/7504/2022)**

PERIODO 30/04/2023 - 30/04/2025

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

presentata da

Denominazione e ragione sociale ……………………………………………………………………………………..

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………

nato/a …………………………………. a …………………………………………… il ……………………………………………….

residente a …………………………………………..……………

in via ………………………………………………………………………

codice fiscale dichiarante ……………………………………………………………….

in qualità di……………………………………………………………………….

*(indicare la carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura)*

dell’ente ………………………………………………………………………..

indirizzo sede legale…………………………………………………………………………….

telefono…………………PEC ……………………………………………………………..

codice fiscale ente……………………………………………………………………………..

partita IVA ente…………………………………………………………………………………

iscrizione nei registri/albi, istituiti…………………………………………………………

numero iscrizione ………………………………………………….

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, che i fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

A partecipare alla co-progettazione relativa alla realizzazione di una proposta progettuale di cui al “fondo per l’inclusione delle persone con disabilità” per la/le seguenti **LINEE DI AZIONE (è possibile inserire una scelta multipla):**

* **a) interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell’Istituto Superiore di Sanità, anche tramite voucher sociosanitari da utilizzare per acquistare prestazioni.**
* **b) percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all’età di transizione fino ai 21 anni, anche tramite voucher.**
* **c) progetti volti a prestare assistenza agli Enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l’attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell’ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI.**
* **e) progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti ad alto funzionamento.**
* **f) progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) l’inclusione**

A tal fine

**D I C H I A R A**

1. di non incorrere nelle cause di esclusione previste dall’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (ex art.38 del D.Lgs. 163/2006);
2. l’inesistenza di alcun divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compreso quanto previsto dall’art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001 (ovvero di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi per il triennio successivo alla cessazione del rapporto ad ex dipendenti pubblici che hanno esercitato, nei propri confronti, poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di appartenenza);
3. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art.67 del D. Lgs. 06/09/2011, n. 159 (disposizioni antimafia);
4. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
5. che i dati anagrafici e di residenza di tutti i soci, gli amministratori, i soci accomandatari, eventuali figure congiunte dei Legali Rappresentanti, dei Procuratori e dei cessati nell’anno antecedente la pubblicazione del bando sono i seguenti:

|  |
| --- |
| QUALIFICA  NOME  COGNOME  LUOGO DI NASCITA  DATA DI NASCITA  RESIDENZA  CODICE FISCALE   |

|  |
| --- |
| QUALIFICA  NOME  COGNOME  LUOGO DI NASCITA  DATA DI NASCITA  RESIDENZA  CODICE FISCALE   |

**D I C H I A R A ALTRESI’**

* avere svolto comprovata attività nel territorio dell’Ambito Territoriale di Cinisello Balsamo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **DESCRIZIONE DELL’ATTIVITA’** | **LUOGO DI ESECUZIONE DELL’ATTIVITA’** |
| **dal** | **al** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Lo scrivente acconsente al trattamento dei propri dati, anche personali, per le esclusive esigenze concorsuali, così come previsto dal Regolamento Europeo sulla privacy.

Si allegano:

* fotocopia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore;
* iscrizione ai registri/albi di appartenenza;
* indicazione delle prestazioni rese dai singoli componenti il raggruppamento in caso di ATI (con indicazione delle percentuali di partecipazione).

Luogo e data …………………………………..

Il Legale Rappresentante

Firmato digitalmente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

* Tipologia di forma associativa/raggruppamento……………………………………..

**I sottoscritti**

Nome e Cognome ……………………………… nato/a a ……………………………….. il …………………………….

in qualità di (*indicare la* *carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura) ………………………………………………* dell’ente ………………………………………………………………..

Nome e Cognome ……………………………… nato/a a ……………………………….. il …………………………….

in qualità di (*indicare la* *carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura) ………………………………………………* dell’ente ………………………………………………………………..

Nome e Cognome ……………………………… nato/a a ……………………………….. il …………………………….

in qualità di (*indicare la* *carica sociale ricoperta o, se procuratore, precisare gli estremi della procura) ………………………………………………* dell’ente ………………………………………………………………..

**DICHIARANO congiuntamente di voler costituire il raggruppamento sotto indicato:**

|  |
| --- |
| **Denominazione**  |
| Capogruppo  o consorziata equiparata  |   |
| Mandante /esecutrice 1  |   |
| Mandante/ esecutrice 2  |   |
| Mandante/ esecutrice 3  |   |

**DICHIARANO INOLTRE**

**di impegnarsi**, in caso di riconoscimento del finanziamento, a conferire mandato collettivo alla capogruppo, la quale stipulerà l’accordo di partenariato in nome e per conto proprio e delle mandanti e a produrre, entro il termine indicato nella comunicazione verrà inviata dal capofila, atto notarile di Raggruppamento temporaneo di imprese dal quale risulti:

* il conferimento di mandato speciale gratuito ed irrevocabile a chi legalmente rappresenta l’impresa capogruppo;
* l’inefficacia nei confronti dell’ente appaltante, della revoca del mandato stesso per giusta causa;
* l’attribuzione al mandatario, da parte delle imprese mandanti, della rappresentanza esclusiva anche processuale nei confronti dell’ente capofila, per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dall’accordo di partenariato fino alla estinzione di ogni rapporto.

*Si allega alla presente fotocopia non autenticata del documento di identità di ciascun soggetto firmatario.*

Luogo e data …………………………………..

                                                          I Legali Rappresentanti

*(specificare l’ente di appartenenza di ciascun firmatario)*