

ALLEGATO A - MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Domanda contributo per implementazione modalità e strumenti necessari a garantire e mantenere la comunicazione tra ospiti delle RSA e i loro familiari, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 1508/2020

Spett.le

SOCIETA' DELLA SALUTE

ZONA FIORENTINA NORD OVEST

PEC: direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___) il ___/___/___

C.F. _____ residente in _____ (_____)

Via _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante della RSA _____ avente sede legale

in _____ (_____) Via _____

n. _____ C.F./P.IVA _____

Tel. _____, e-mail _____, PEC _____

in possesso di autorizzazione e accreditamento e presente sul Portale regionale delle RSA.

MANIFESTA INTERESSE per ottenere l'erogazione del contributo di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1508/2020, finalizzato all'implementazione delle modalità e degli strumenti necessari a garantire e mantenere la comunicazione tra le persone ospitate nella RSA e i loro familiari

a tal fine ALLEGA ALLA PRESENTE

a) **[barrare una o entrambe le caselle d'interesse]** una proposta composta da:

☐ un preventivo per l'acquisto delle strumentazioni e per la realizzazione degli interventi;

☐ documenti comprovanti le spese sostenute a far data dal 15.10.2020:

[indicare documenti allegati]

b) una sintetica relazione che illustri le finalità dell'acquisto anche in rapporto alle azioni messe in atto al fine di garantire la comunicazione tra le persone ospitate nella RSA e i loro familiari.

DICHIARA inoltre

- 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 Regolamento (UE) 2016/679 e del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa, al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza e ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante) _____

ISTRUZIONI E NORME PER LA COMPILAZIONE

Per le dichiarazioni di cui all'art. 47 del DPR n. 445/2000, ai sensi dell'art. 38 dello stesso DPR, in allegato alla presente dichiarazione deve essere prodotta fotocopia di un documento di identità personale, valido esclusivamente tra i seguenti: carta di identità, patente di guida o passaporto.

La dichiarazione va correttamente compilata in ogni sua parte. Il modello di dichiarazione deve essere sottoscritto dal legale rappresentante della struttura.

La Società della Salute effettuerà i necessari controlli sulle dichiarazioni, secondo quanto disposto dall'art. 71 del DPR n. 445/2000.