

ALLEGATO A1

Alla Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest
Via Antonio Gramsci n. 561
50019 Sesto Fiorentino (FI)
PEC: direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it

**AVVISO PUBBLICO PER LA CO-PROGRAMMAZIONE DI ATTIVITÀ INNOVATIVE
CONCERNENTI LA PROMOZIONE DELLA PRATICA MOTORIA E SPORTIVA
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE
ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017 e dell'art. 10 della legge regionale n. 65/2020**

ISTANZA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER GLI ENTI DEL TERZO SETTORE

Il sottoscritto _____
nato a: _____ () il _____
Codice Fiscale _____
in qualità di Legale Rappresentante di _____
con sede in: _____ Via _____
Partita IVA/CF _____
Telefono: _____
E-mail: _____
PEC: _____

Con la presente manifesta il proprio interesse alla partecipazione alla co-programmazione di attività concernenti la promozione della pratica motoria e sportiva delle persone con disabilità per la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

In relazione al suddetto Avviso il sottoscritto, ai sensi e nei modi di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445, e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di manifestare il proprio interesse in qualità di Legale Rappresentante di:

- ☐ Associazione di Promozione Sociale
- ☐ Organizzazione di Volontariato
- ☐ Fondazione
- ☐ Impresa sociale/Cooperativa sociale
- ☐ Ente filantropico
- ☐ Altro

2. che l'Ente del Terzo settore da me rappresentato è iscritto al relativo Registro _____ con iscrizione al n. _____;

3. che non sussistono cause ostative di cui all'art. 80 decreto legislativo n. 50/2016, e ss.mm.ii.;

4. che tra le finalità dell'Ente del Terzo settore da me rappresentato è prevista l'attività di inclusione sociale a favore delle persone con disabilità e/o l'attività di promozione dello sport inclusivo;

5. di avere una comprovata esperienza di almeno due anni (24 mesi) nell'attività di inclusione sociale delle persone con disabilità e/o nell'attività di promozione dello sport inclusivo (indicare quali attività, il luogo e il periodo di svolgimento):

Descrizione dell'attività svolta	Luogo di svolgimento	Periodo di svolgimento

6. di proporre, coerentemente con i principi indicati nell'Avviso di co-programmazione, la realizzazione delle seguenti attività di promozione della pratica motoria e sportiva delle persone con disabilità:

Descrizione dell'attività che si intende proporre	Luogo di svolgimento

7. di disporre a tale fine delle seguenti sedi operative ubicate sul territorio della Zona Fiorentina Nord Ovest (luogo, indirizzo, descrizione.....):

8. di disporre di volontari da destinare alle suddette attività (*specificare numero ed eventuale possesso da parte degli stessi di formazione specifica*)

9. di osservare tutte le disposizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e tutte le disposizioni di legge relativamente all'utilizzo di volontari;

10. eventuali ulteriori elementi ritenuti utili per illustrare l'esperienza dell'Ente da me rappresentato:

In relazione al suddetto Avviso il sottoscritto, in nome e per conto dell'Ente del Terzo settore

DICHIARA ALTRESÌ

11. di autorizzare al trattamento dei dati personali;

12. di indicare i seguenti recapiti ai quali inoltrare le relative comunicazioni:

Telefono: _____

E-mail: _____

PEC: _____

Data: _____

Firma del Legale Rappresentante

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). in materia di trattamento dati personali che:

1. il conferimento dei dati richiesti è indispensabile, pena esclusione, per l'espletamento della procedura AVVISO PUBBLICO RISERVATO AGLI ENTI DEL TERZO SETTORE PER LA CO-PROGRAMMAZIONE DI ATTIVITÀ CONCERNENTI LA PROMOZIONE DELLA PRATICA MOTORIA E SPORTIVA PER LE PERSONE CON DISABILITÀ NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE per la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017, e ss.mm.ii., e dell'art. 10 della legge regionale n. 65/2020;

2. il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza;

3. il trattamento dei dati della manifestazione di interesse avverrà presso la SdS Fiorentina Nord Ovest con l'utilizzo di procedure anche informatiche per perseguire le predette attività, compresa quella di richiesta di accesso agli atti di detta procedura e/o controlli;

4. che il titolare del trattamento cui può rivolgersi per l'esercizio dei citati diritti è la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest e, in particolare, il Responsabile è il dott. Andrea Francalanci, Direttore della Società della Salute.

Data: _____

Firma del Legale Rappresentante

(se la richiesta è trasmessa tramite PEC è possibile anche la firma digitale)

Si allega:

1. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore o di un documento di riconoscimento equipollente (ai sensi dell'art. 35, comma 2, del DPR n. 445/2000, e ss.mm.ii.)