

**AVVISO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER LA COPROGETTAZIONE CON LA SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA NORD OVEST PER GLI ANNI 2020 – 2022 DI ATTIVITA' RIVOLTE AD ANZIANI E CITTADINI IN SITUAZIONE DI SVANTAGGIO NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI SESTO FIORENTINO**

**MOD. 1 domanda di partecipazione alla procedura coprogettazione.**

Il sottoscritto .....

nato a ..... il ..... C.F. ....

nella qualità di legale rappresentante di (indicare la ragione sociale del soggetto rappresentato) .....

con sede legale in ..... Via .....

codice fiscale ....., partita I.V.A. ....

**CHIEDE**

1. di partecipare alla procedura di coprogettazione finalizzata all'individuazione di Enti del Terzo Settore disponibili a svolgere in convenzione attività rivolte ad anziani e cittadini in situazione di svantaggio nel territorio del Comune di Sesto Fiorentino.

2. di partecipare alla procedura in oggetto nella seguente forma:

esclusivamente come soggetto singolo

come soggetto capofila di una *Associazione Temporanea di Scopo* (A.T.S.) per la quale è stato conferito mandato speciale di rappresentanza e della quale fanno parte i seguenti soggetti:

Associazione ..... codice fiscale .....

partita I.V.A. ....

Associazione ..... codice fiscale .....

partita I.V.A. ....

Associazione ..... codice fiscale .....

partita I.V.A. ....

Il soggetto individuato con mandato speciale di rappresentanza stipulerà la convenzione per la A.T.S.

**Ai fini della partecipazione dichiara:**

che le persone incaricate di partecipare alla fase di coprogettazione sono: (di cui si allega curriculum):

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_),

Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (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 di coprogettazione e di accettare integralmente senza eccezione alcuna quanto in esso previsto, anche con riferimento all'art. 5 che stabilisce che "la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest si riserva la facoltà di procedere anche in caso di presentazione di un'unica proposta, così come di non procedere qualora nessun progetto sia ritenuto idoneo".

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 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 .

Data .....

**Timbro dell'Associazione**

**Firma del Legale Rappresentante**

*N.B.: Allegare copia di un documento d'identità del sottoscrittore.*