***Avviso pubblico***

***per l’attivazione di un partenariato con Enti del Terzo Settore ai fini della gestione di “attività volte a promuovere e sviluppare forme di sostegno a persone colpite da Alzheimer o sindromi dementigene correlate e alle loro famiglie”, ai sensi dell’art. 43 della legge regionale n. 2/2003 e ss. mm. e dell’art. 55 del d. lgs. n. 117/2017 e ss. mm.***

**ALLEGATO 1: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI COPROGETTAZIONE**

Spettabile

**Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite**

c.a.

**dott. Leonardo Morsiani**

*Responsabile del Procedimento*

Il sottoscritto ………………., nella qualità di legale rappresentante *p.t.* di ……………, in relazione all’Avviso pubblicato dall’Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite in data 23 Novembre 2021, con la presente domanda intende partecipare alla procedura ad evidenza pubblica in oggetto.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm., consapevole delle responsabilità derivanti dall’aver reso dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

1. i **dati identificativi** del/della ……………………………….., da me rappresentata/o:
	1. denominazione: ………………………;
	2. natura giuridica:

☐ Associazione

☐ APS

☐ ODV

☐ Cooperativa sociale/Consorzio di cooperative sociali

☐ impresa sociale

☐ Altro (specificare: …………………..);

* 1. sede legale e riferimenti: Via/Piazza ……….., n. ……., CAP ………. Città ……………..; indirizzo PEC ………….@..............;
	2. P. IVA ……………………………, C.F. ……………………;
	3. altri legali rappresentanti p.t. ………………………………..;
	4. attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto): ………………..;
	5. attività secondarie: ……………………………….;
	6. n. …. iscrizione nel/i Registro/i di appartenenza;
	7. recapiti telefonici: tel: ………………; fax: …………………..
1. di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l’Avviso pubblicato in data 23 Novembre 2021 ed i relativi Allegati;
2. di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti previsti dall’Avviso pubblico;
3. che non sussistono ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss. mm.;
4. di impegnarsi a comunicare al Responsabile del Procedimento della presente procedura qualsiasi modificazione relativa all’Ente dal sottoscritto rappresentato;
5. di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC all’indirizzo indicato nella presente domanda;
6. di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant’altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;
7. di autorizzare l’Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite al trattamento dei dati relativi all’Ente dal sottoscritto rappresentato, unicamente ai fini dell’espletamento della presente procedura.

A tal fine allega, oltre alla documentazione prevista dall’Avviso pubblico:

1. documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante p.t., sottoscritto;
2. copia dello Statuto e degli altri eventuali atti societari/associativi rilevanti [*eventuale*].

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo, ../../20.. | (nome ) ………………………………. |
|  | (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |