

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:
 - a. denominazione:
 - b. natura giuridica:
 - Associazione
 - APS
 - ODV
 - Cooperativa sociale/Consorzio di cooperative sociali
 - impresa sociale
 - Altro (specificare:
 - c. sede legale e riferimenti: Via/Piazza, n., CAP Città; indirizzo PEC@.....;
 - d. P. IVA, C.F.;
 - e. altri legali rappresentanti p.t.;
 - f. attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto):
 - g. attività secondarie:
 - h. n. iscrizione nel/i Registro/i di appartenenza;
 - i. recapiti telefonici: tel:; fax:

- 2) di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l'Avviso pubblicato in data 23 Novembre 2021 ed i relativi Allegati;

- 3) di essere in possesso – ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica – dei requisiti previsti dall’Avviso pubblico;
- 4) che non sussistono ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss. mm.;
- 5) di impegnarsi a comunicare al Responsabile del Procedimento della presente procedura qualsiasi modificazione relativa all’Ente dal sottoscritto rappresentato;
- 6) 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;
- 7) di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant’altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;
- 8) 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:

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

Luogo, .././20..

(nome)

.....

(Firma)
