



REGIONE LAZIO

Assessorato Lavoro e nuovi diritti, Formazione, Scuola e Diritto allo Studio universitario, Politiche per la ricostruzione

Assessorato Politiche Sociali e Welfare

**Direzione Regionale Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro
in co-programmazione con la Direzione Regionale Inclusione Sociale**

Attuazione del Programma Operativo della Regione Lazio Fondo Sociale Europeo Programmazione 2014-2020

Asse II – Inclusione Sociale - Priorità di investimento 9.IV

SOVVENZIONE GLOBALE

efamily

Piano di emergenza COVID-19

Avviso pubblico per la realizzazione di pacchetti vacanza per persone con disabilità

ALLEGATO A – DOMANDA DI AMMISSIONE

MODELLO A: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

Il sottoscritto

nato a

il

residente in

via

CAP

C.F.

in qualità di:

legale rappresentante

delegato/a giusta atto n.

del

(Copia dell'atto di delega allegata)

Dell'ente proponente denominato

in riferimento all'Avviso Pubblico "Avviso pubblico per la realizzazione di pacchetti vacanza per persone con disabilità"

CHIEDE

che la richiesta di contributi per un importo complessivo di Euro:

per la seguente tipologia di gruppo di destinatari (Sezione 3), tra quelle previste all'art. 3 dell'Avviso Pubblico:

Per la realizzazione del seguente progetto di soggiorno di socializzazione e di riabilitazione venga ammessa a finanziamento.

PROGETTO

Obiettivi:

Attività previste:

Programma di realizzazione delle attività:

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui all'Avviso pubblico sopracitato, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificato – PEC:

Data

Timbro e firma del legale rappresentante o del delegato

DICHIARAZIONE

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

(Compilata e sottoscritta dal Legale rappresentante o dal delegato del Proponente singolo)

SEZIONE 1 – ANAGRAFICA RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a Titolare / legale rappresentante / delegato dell'ente	Nome e cognome	Nato/a il	Nel Comune di		Prov.
	Comune di residenza	CAP	Via	n.	Prov.

In qualità di **titolare/legale rappresentante/delegato dell'ente richiedente**

SEZIONE 2 – ANAGRAFICA ENTE

Ente	Denominazione/Ragione sociale dell'ente			Forma giuridica	
Sede legale	Comune/Municipio	CAP	Via	n.	Prov.
Dati impresa	C. F.		Partita IVA		
	telefono		PEC		
Coordinate bancarie	IBAN				
	Banca	Filiale		Intestato a	

CONSAPEVOLE delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazioni di atti falsi e loro uso, e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA

- di avere un Atto costitutivo (allegato) che indichi l'assenza di scopo di lucro e le finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale perseguite dall'ente;
- di essere un ente costituito da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- di avere uno Statuto (allegato) ispirato ai principi di democraticità della struttura, di partecipazione, solidarietà e pluralismo per la promozione e valorizzazione delle risorse umane, culturali e del territorio;
- di avere come attività, desumibile dallo Statuto, il sostegno e la tutela delle persone con disabilità e delle loro famiglie;
- di avere una sede operativa o di esercizio ubicate nella Regione Lazio, presso la quali svolgere le attività di cui al contributo richiesto;
- di non essere in stato in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- di risultare ottemperante o non assoggettabile agli obblighi di assunzione ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68.

- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- che i destinatari che parteciperanno alle attività di cui al presente avviso sono in possesso dei requisiti previsti dall'art. 5 dell'Avviso Pubblico in base alla documentazione prodotta e hanno le caratteristiche indicate nella SEZIONE 3 – ANAGRAFICA DESTINATARI in base a quanto da loro dichiarato tramite apposite dichiarazioni in possesso dei soggetti richiedenti.

SEZIONE 3 – ANAGRAFICA DESTINATARI

Destinatario 1	Nome e cognome	Nato/a il	Nel Comune di	Prov.
	Codice Fiscale	Cittadinanza	Verbale disabilità allegato prot. n.	
	Comune di residenza	CAP	Via	n. Prov.

- A) in possesso del seguente titolo di studio:
.....
- B) nella seguente condizione sul mercato del lavoro:
.....
- C) nel/nelle seguente/i condizione/i di vulnerabilità / fragilità:
.....

Destinatario 2	Nome e cognome	Nato/a il	Nel Comune di	Prov.
	Codice Fiscale	Cittadinanza	Verbale disabilità allegato prot. n.	
	Comune di residenza	CAP	Via	n. Prov.

- A) in possesso del seguente titolo di studio:
.....
- B) nella seguente condizione sul mercato del lavoro:
.....
- C) nel/nelle seguente/i condizione/i di vulnerabilità / fragilità:
.....

Destinatario 3	Nome e cognome	Nato/a il	Nel Comune di	Prov.
	Codice Fiscale	Cittadinanza	Verbale disabilità allegato prot. n.	
	Comune di residenza	CAP	Via	n. Prov.

- A) in possesso del seguente titolo di studio:
.....
- B) nella seguente condizione sul mercato del lavoro:
.....
- C) nel/nelle seguente/i condizione/i di vulnerabilità / fragilità:
.....



Destinatario 4

Nome e cognome	Nato/a il	Nel Comune di	Prov.	
Codice Fiscale	Cittadinanza	Verbale disabilità allegato prot. n.		
Comune di residenza	CAP	Via	n.	Prov.

- A) in possesso del seguente titolo di studio:
.....
- B) nella seguente condizione sul mercato del lavoro:
.....
- C) nel/nelle seguente/i condizione/i di vulnerabilità / fragilità:
.....

Data

Timbro e firma del legale rappresentante o del delegato
