

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER CO-PROGETTAZIONE  
per “Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_ /  
 \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante di  
 \_\_\_\_\_ avente sede legale in  
 \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F./P.I-  
 VA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_, e-mail  
 \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ avente la seguente forma giuridica:  
 \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER partecipare in qualità di soggetto PARTNER all'attività di coprogettazione finalizzata alla presentazione in partenariato con altri di uno o più progetti a valere sull'Avviso D.D. Regione Toscana 26050/2022 e alla DGR. Toscana 368/2023 “Assistenza alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare”.**

**A tal fine dichiara e informa**

- che svolge attività di (descrivere l'attività svolta dettagliatamente quella svolta nell'area e nei percorsi disabilità):
  
- che, ha acquisito l'esperienza nella materia di cui al presente Avviso, con particolare riguardo alle attività riconducibili agli Ambiti A-B-C della DGR 368/2023 attraverso la realizzazione dei seguenti servizi e attività:
  
- che è radicato nel territorio in quanto: (descrivere le attività nel territorio che dimostrano le sinergie e i rapporti di collaborazione instaurati )

- che è in grado di mettere a disposizione le seguenti risorse e dotazioni (descrivere le risorse materiali, strumentali, umane e finanziarie che verranno messe a disposizione, quale possibile cofinanziamento, e destinate ad integrarsi con quelle messe in campo dal presente avviso regionale, nonché la capacità di attrarre investitori e/o finanziamenti non provenienti da risorse pubbliche. Per le azioni di cui all'ambito A) e all'ambito B) che prevedono soluzioni abitative e di ospitalità, deve essere individuato il locale dove le stesse andranno a realizzarsi che deve rispondere alle caratteristiche di cui al presente Avviso e ne deve essere dimostrato il possesso e/o comunque la possibilità di utilizzo da parte del partner/sostenitore proponente per le finalità di cui all'Avviso stesso

- che ha partecipato ai precedenti Avvisi della Società della Salute o dedicati al “Dopo di Noi”

- aggiungere altre eventuali informazioni che si ritengono utili ai fini del presente Avviso

#### **DICHIARA inoltre**

- che la persona incaricata di partecipare ai lavori del Gruppo di coprogettazione/ è (di cui si allega curriculum) : (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 per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

- di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione previste dal nuovo codice dei contratti pubblici

## 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 .

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

*N.B.*

*Allegare curriculum dell'incaricato alla partecipazione*

*In caso di aspirante partner compilare ed allegare anche l'allegato 3 al presente avviso.*

*Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*