

Allegato 2) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE DISPONIBILI ALLA CO PROGETTAZIONE E GESTIONE IN PARTNERSHIP DI ATTIVITA' E INTERVENTI DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE A VALERE SULLE RISORSE QUOTA SERVIZI FONDO POVERTÀ ANNUALITÀ 2022 - 2023 - 2024 CON GESTIONE DELLE ATTIVITÀ IN PARTENARIATO PUBBLICO/PRIVATO SOCIALE MEDIANTE STIPULA DI ACCORDO PROCEDIMENTALE DI COLLABORAZIONE

(da restituire in carta libera debitamente compilata e sottoscritta)

CARTA INTESTATA ENTE/ASSOCIAZIONE

(Indirizzo, Tel., Cell., Web, e-mail)

Alla Società della Salute della Lunigiana
Largo Giromini, 2
54011 Aulla

La sottoscritta /Il sottoscritto:

(cognome) _____

(nome) _____

nata/o a

_____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ C.A.P. _____

tel _____ email _____

in qualità di Legale Rappresentante della:

Organizzazione

con sede legale in _____ Via _____

Cap _____

C.F. _____ P.IVA

Tel. _____ PEC _____

avvalendosi della facoltà concessagli dagli articoli 46 e 47 del DPR n° 445/2000, per la documentazione relativa alla selezione pubblica in oggetto, consapevole delle

sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n° 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- ☐ di non aver riportato condanne penali e non essere soggetto a procedimenti penali che impediscano i rapporti di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ che tutti i componenti dell'organizzazione da me rappresentata che ricoprono cariche associative, poteri di firma e di rappresentanza e/o ruoli di direzione non hanno riportato condanne penali e non sono soggetti a procedimenti penali che impediscano i rapporti di lavoro con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ che l'Organizzazione opera con adeguata struttura organizzativa in ambiti attinenti e compatibili alle attività previste nell'avviso pubblico e che le risorse messe a disposizione possiedono capacità e conoscenze coerenti con l'ambito/i di intervento individuato/i nella allegato 1) Domanda di partecipazione;

Autorizza al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

comunica che

il nominativo del referente dell'azione, l'indirizzo di posta elettronica certificata utilizzato per la trasmissione dell'istanza e per ricevere comunicazioni dalla Società della Salute della Lunigiana, il numero di telefono, indirizzo di posta elettronica sono quelli di seguito indicati:

_____ ---

NB: qualora la domanda sia presentata in forma di raggruppamento la dichiarazione va compilata e sottoscritta da ciascun componente.

ALLEGA:

- fotocopia/e di un documento di identità valido del/i sottoscrittore/i [NB: non dovuta ove la dichiarazione sia sottoscritta digitalmente];
- altro (specificare) _____

Data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ROBERTO VALETTINI

DATA FIRMA: 19/11/2025 17:57:55

IMPRONTA: 35393562393839373963323732316633623037386463613465386364336161636564313066363963

NOME: FORMATO MARCO

DATA FIRMA: 19/11/2025 17:43:34

IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135