

Da compilare su carta intestata dell'Ente
a cura del soggetto sostenitore

Alla SOCIETA' DELLA SALUTE
DELLA LUNIGIANA
Largo Giromini, 2
54011 Aulla (Ms)

Il/Lasottoscritto/a

nato/a a _____ () il ____/____/____/

C.F. _____

in qualità di legale rappresentante di

avente sede legale in _____ (cap
_____)

Via

_____ n. _____

_____ C.F./P.IVA

Tel. _____, e-mail _____

PEC _____

avente la seguente forma

giuridica: _____

CHIEDE

di essere ammesso in qualità di soggetto SOSTENITORE a partecipare alla procedura di evidenza pubblica per l'individuazione di soggetti scelti tra Enti del Terzo Settore, soggetti privati, per la realizzazione in Co-Progettazione di Interventi a valere sul Fondo Regionale per l'occupazione dei Disabili che svolgono attività rivolta al sostegno e all'integrazione lavorativa delle persone con Disabilità – Legge 68/99

per le seguenti motivazioni:

A tal fine DICHIARA

a) di condividere le finalità dell' Avviso, in linea con gli interventi previsti dalla programmazione della Zona/SdS Lunigiana, in materia di contrasto al fenomeno della

povertà e del disagio sociale e di misure atte a favorire l'inserimento lavorativo di persone in condizioni di fragilità e disabilità.

b) di esprimere la propria disponibilità a sostenere le attività che saranno avviate e di voler svolgere, in particolare, le seguenti funzioni promozionali e di advocacy nei confronti delle persone destinatarie delle misure di cui al medesimo progetto:

1. funzioni di promozione, sensibilizzazione, informazione e/o comunicazione inerenti le attività del progetto nei confronti del gruppo target;
2. funzioni di supporto e sostegno ai percorsi relativi all'attuazione di percorsi mirati alla acquisizione di specifiche competenze per la preparazione all'inserimento lavorativo di persone con disabilità in seguito ad una possibilità di assunzione presso un datore di lavoro individuato, attraverso l'attuazione di azioni propedeutiche all'inserimento lavorativo;
3. diffusione delle buone pratiche progettuali anche attraverso la messa a disposizione del proprio sito web;
4. partecipazione al monitoraggio e/o alla valutazione delle attività progettuali.

DICHIARA INOLTRE

di apportare il seguente valore aggiunto:

DICHIARA INFINE

- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec _____ ;
- che il referente per il raccordo con il Soggetto Capofila relativamente alle attività progettuali in oggetto è individuata nella persona di _____ Tel./Cell. _____, e-mail _____.

(luogo e data)

(*Timbro e firma del legale rappresentante*)

Allegare: Copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

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: FORMATO MARCO

DATA FIRMA: 11/09/2025 11:56:13

IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135