

CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
Città Metropolitana di Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.2
Comuni di: Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi

MODELLO A

Al Comune Capofila del
Distretto Sociosanitario RM 6.2

distrettorm6.2@pec.comune.albanolaziale.rm.it

Oggetto: domanda di ammissione a finanziamento Avviso a favore della realizzazione di tirocini di inclusione sociale

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) _____ nato/a a _____
il ___/___/___ - codice fiscale _____ cell. _____
email _____ nella sua qualità di legale rappresentante
del/della _____ codice fiscale/P.IVA n. _____
tel. _____ email _____
PEC _____ con sede legale in _____
via _____ n. _____ con sede operativa in _____
via _____ n. _____ Iscrizione al RUNTS n. _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;

CHIEDE

di poter accedere all'assegnazione del finanziamento pubblico di cui all'Avviso in oggetto, pubblicato sul (indicare indirizzo di riferimento del Distretto Sociosanitario) per la proposta progettuale allegata alla presente domanda per l'attivazione di tirocini di inclusione sociale finanziati con le risorse di cui agli artt. 72 e 73 del Codice del Terzo Settore (d.lgs. 117/2017 e s.m.i.) e per l'importo richiesto di (finanziamento): _____

- di beneficiare dell'eventuale finanziamento tramite la **Modalità A – Anticipo con fideiussione** allegando la documentazione richiesta nell'avviso pubblico;

oppure

- di beneficiare dell'eventuale finanziamento tramite la **Modalità B – Rimborso finale delle spese sostenute** anticipando per intero la somma di progetto e richiedendo il rimborso a conclusione del progetto;

CITTÀ DI ALBANO LAZIALE
Città Metropolitana di Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.2
Comuni di: Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi

Dichiara inoltre:

- 1) di aver preso piena conoscenza dell'Avviso e delle prescrizioni in esso contenute;
- 2) che, qualora approvato, l'intervento verrà realizzato nel Distretto socio sanitario RM 6.2;
- 3) che l'intervento prevede una durata di _____ mesi;
- 4) di non aver presentato altre proposte progettuali nell'ambito del medesimo Avviso;
- 5) che per il medesimo intervento non sono stati richiesti altri finanziamenti nell'ambito programmi nazionali o regionali, né altri programmi o iniziative comunitarie;
- 6) di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, nonché di quelle accluse alla medesima, comporterà l'esclusione dalla procedura, ovvero, in caso di assegnazione del finanziamento, l'annullamento e/o la revoca dell'assegnazione stessa.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Allegato Modello B "Dichiarazioni sostitutive ex artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000";
- Allegato Modello C "Atto unilaterale di impegno";
- Allegato Modello D "Scheda di progetto";
- Allegato Modello E "Scheda anagrafica dell'ente richiedente";
- Allegato Modello F "Informativa privacy";
- Allegato Modello G "Piano finanziario";
- Allegato 1 "Dichiarazione Soggetto Promotore";
- Allegato 2 "Dichiarazione Soggetto Ospitante".

____/____/____
(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante
(firmato digitalmente)