**Allegato A)**

**ALL'ATS XIX**

**COMUNE DI FERMO**

**VIA GIUSEPPE MAZZINI, 4,**

**63900 FERMO FM**

**AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA AI SENSI DELL’ART. 55 DEL D. LGS. N. 117/2017 E SS.MM.II. E AI SENSI DELLA L.R. MARCHE N. 23/2025 E SS.MM.II. PER L'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER CO-PROGETTARE LA DEFINIZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEL TERRITORIO DELL’ATS 19 NELL’AMBITO DEL PNRR, MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” - COMPONENTE 2 “INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE” – SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE” – INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ - AVVISO PUBBLICO 1/2022 - FINANZIATO DALL’UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU, CUP F54H22000160001, CIG B891C1D945”**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

***In caso di più soggetti in forma associata (costituita o da costituirsi in ATI o RTI/ATS), l’istanza dovrà essere compilata e sottoscritta da ciascun partner***

**La sottoscritta /Il sottoscritto:**

(cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di Legale Rappresentante dell’Ente del Terzo Settore:**

denominato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specificare la natura giuridica dell’ETS:

* Associazione di Promozione Sociale (APS)
* Organizzazione di Volontariato (ODV)
* Cooperativa Sociale/Consorzio di Cooperative Sociali
* Impresa sociale
* Altro (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISCRITTO:**  R.U.N.T.S.  albo regionale  registro regionale  registro provinciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N ° provvedimento** | | | | | | | | **del** | | | | | | | | | | | |
| **SEDE LEGALE:** *(indirizzo)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEDE/I OPERATIVA/E :**  *(indirizzo)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NUMERO DI TELEFONO:** | | | |  | | | | | | | **MOBILE** | | |  | | | | | |
| **CODICE FISCALE ENTE:** | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARTITA I.V.A.:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-MAIL ENTE:** |  | | | | | | **E-MAIL PEC:**  *(posta certificata):* | | | | |  | | | | | | | |
| **ALTRI ACCREDITAMENTI E CERTIFICAZIONI IN POSSESSO DELL’ENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I**ndicare il nominativo e i dati identificativi del REFERENTE (persona fisica) incaricato, delegato o comunque designato a partecipare alla co-progettazione in nome e per conto del soggetto interessato**  COGNOME  NOME  RUOLO  EMAIL  TEL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ISCRITTO A:**

 **INPS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio/Sede** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |
| **Matricola Azienda** | **Numero dipendenti** | **CCNL** applicato al personale dipendente | |
|  |  |  | |

 **INAIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio/Sede** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |
| **Matricola Azienda** | **Numero dipendenti** | **CCNL** applicato al personale dipendente | |
|  |  |  | |

 **ALTRO ENTE PREVIDENZIALE**

**NON ISCRITTO AD ALCUN ENTE PREVIDENZIALE** per le seguenti motivazioni:

**AGENZIA DELLE ENTRATE** di riferimento dell’Ente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |

Attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto): \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Attività secondarie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(eventuale)

**in rete con le mandanti sotto riportate (*aggiungere gli spazi necessari in funzione del numero dei soggetti in rete):***

**La sottoscritta /Il sottoscritto:**

(cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e- mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di Legale Rappresentante della:**

Organizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC

Specificare la natura giuridica dell’ETS:

* Associazione di Promozione Sociale (APS)
* Organizzazione di Volontariato (ODV)
* Cooperativa Sociale/Consorzio di Cooperative Sociali
* Impresa sociale
* Altro (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISCRITTO:**  R.U.N.T.S.  albo regionale  registro regionale  registro provinciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N ° provvedimento** | | | | | | | | **del** | | | | | | | | | | | |
| **SEDE LEGALE:** *(indirizzo)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEDE/I OPERATIVA/E :**  *(indirizzo)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NUMERO DI TELEFONO:** | | | |  | | | | | | | **MOBILE** | | |  | | | | | |
| **CODICE FISCALE ENTE:** | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARTITA I.V.A.:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-MAIL ENTE:** |  | | | | | | **E-MAIL PEC:**  *(posta certificata):* | | | | |  | | | | | | | |
| **ALTRI ACCREDITAMENTI E CERTIFICAZIONI IN POSSESSO DELL’ENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I**ndicare il nominativo e i dati identificativi del REFERENTE (persona fisica) incaricato, delegato o comunque designato a partecipare alla co-progettazione in nome e per conto del soggetto interessato**  COGNOME  NOME  RUOLO  EMAIL  TEL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ISCRITTO A:**

 **INPS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio/Sede** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |
| **Matricola Azienda** | **Numero dipendenti** | **CCNL** applicato al personale dipendente | |
|  |  |  | |

 **INAIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio/Sede** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |
| **Matricola Azienda** | **Numero dipendenti** | **CCNL** applicato al personale dipendente | |
|  |  |  | |

 **ALTRO ENTE PREVIDENZIALE**

**NON ISCRITTO AD ALCUN ENTE PREVIDENZIALE** per le seguenti motivazioni:

**AGENZIA DELLE ENTRATE** di riferimento dell’Ente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |

Attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto): \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Attività secondarie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**La sottoscritta /Il sottoscritto:**

(cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e- mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di Legale Rappresentante della:**

Organizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC

Specificare la natura giuridica dell’ETS:

* Associazione di Promozione Sociale (APS)
* Organizzazione di Volontariato (ODV)
* Cooperativa Sociale/Consorzio di Cooperative Sociali
* Impresa sociale
* Altro (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISCRITTO:**  R.U.N.T.S.  albo regionale  registro regionale  registro provinciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N ° provvedimento** | | | | | | | | **del** | | | | | | | | | | | |
| **SEDE LEGALE:** *(indirizzo)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEDE/I OPERATIVA/E :**  *(indirizzo)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NUMERO DI TELEFONO:** | | | |  | | | | | | | **MOBILE** | | |  | | | | | |
| **CODICE FISCALE ENTE:** | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARTITA I.V.A.:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-MAIL ENTE:** |  | | | | | | **E-MAIL PEC:**  *(posta certificata):* | | | | |  | | | | | | | |
| **ALTRI ACCREDITAMENTI E CERTIFICAZIONI IN POSSESSO DELL’ENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I**ndicare il nominativo e i dati identificativi del REFERENTE (persona fisica) incaricato, delegato o comunque designato a partecipare alla co-progettazione in nome e per conto del soggetto interessato**  COGNOME  NOME  RUOLO  EMAIL  TEL. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ISCRITTO A:**

 **INPS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio/Sede** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |
| **Matricola Azienda** | **Numero dipendenti** | **CCNL** applicato al personale dipendente | |
|  |  |  | |

 **INAIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio/Sede** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |
| **Matricola Azienda** | **Numero dipendenti** | **CCNL** applicato al personale dipendente | |
|  |  |  | |

 **ALTRO ENTE PREVIDENZIALE**

**NON ISCRITTO AD ALCUN ENTE PREVIDENZIALE** per le seguenti motivazioni:

**AGENZIA DELLE ENTRATE** di riferimento dell’Ente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ufficio** | **Indirizzo** | **CAP** | **Città** |
|  |  |  |  |

Attività principale (come da Codice ATECO e/o da Statuto): \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Attività secondarie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***Aggiungere gli spazi necessari in funzione del numero dei soggetti in rete***

***CHIEDE/CHIEDONO***

di partecipare all’ AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA AI SENSI DELL’ART. 55 DEL D. LGS. N. 117/2017 E SS.MM.II. E AI SENSI DELLA L.R. MARCHE N. 23/2025 E SS.MM.II. PER L'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER CO-PROGETTARE LA DEFINIZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEL TERRITORIO DELL’ATS 19 NELL’AMBITO DEL PNRR, MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” - COMPONENTE 2 “INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE” – SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGI-NALITÀ SOCIALE” – INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PER-SONE CON DISABILITÀ - AVVISO PUBBLICO 1/2022 - FINANZIATO DALL’UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU, CUP F54H22000160001, CIG B891C1D945”

**IN FORMA SINGOLA - ETS**

**IN FORMA ASSOCIATA**

***DICHIARA/DICHIARANO***

* di possedere un’esperienza triennale con riferimento all’ambito/agli ambiti di intervento (*in caso di  
  ATI o RTI/ATS il requisito dovrà essere posseduto da ciascun membro del raggruppamento);*
* di volersi avvalere, con riferimento ad attività secondarie e collaterali, del contributo di soggetti o entità diverse dagli ETS, come definiti dall’art. 4 del D. Lgs. n. 117/2017 e ss. mm., nel rispetto di quanto previsto dall’Avviso e di indicarli nell’eventuale proposta progettuale (PP);
* di essere in possesso - ai fini della partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica - dei requisiti previsti dall’Avviso pubblico;
* di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l’ AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA AI SENSI DELL’ART. 55 DEL D. LGS. N. 117/2017 E SS.MM.II. E AI SENSI DELLA L.R. MARCHE N. 23/2025 E SS.MM.II. PER L'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER CO-PROGETTARE LA DEFINIZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEL TERRITORIO DELL’ATS 19 NELL’AMBITO DEL PNRR, MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” - COMPONENTE 2 “INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE” – SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE” – INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ - AVVISO PUBBLICO 1/2022 - FINANZIATO DALL’UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU, CUP F54H22000160001, CIG B891C1D945” e i relativi Allegati A), B), C), D), E), F);
* di accettare senza riserva alcuna che l’efficacia degli atti della procedura indetta dall’Amministrazione procedente è subordinata all’efficacia degli atti della indicata procedura;
* in caso di presentazione della proposta progettuale in forma associata, di voler costituire l’ATI o RTI/ATS, qualora la proposta progettuale presentata sia ammessa a coprogettazione e finanziata, indicando come **Capofila ……………………………………………..……………………………….**
* di impegnarsi a formalizzare l’accordo di collaborazione, conformemente allo schema di convenzione, in caso di positiva conclusione della procedura ad evidenza pubblica;
* che non sussistono ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss. mm.;
* di impegnarsi a comunicare al RUP della presente procedura qualsiasi modificazione relativa all’Ente dal sottoscritto rappresentato o ai soggetti del raggruppamento costituendo o costituito;
* di eleggere domicilio ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda dall’ETS singolo/ETS capogruppo in caso di raggruppamento e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC;
* di manlevare sin d’ora l’Amministrazione procedente da eventuali responsabilità correlate alla partecipazione ai tavoli di co-progettazione, anche in relazione al materiale ed alla documentazione eventualmente prodotta in quella sede;
* di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant’altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;

**A tale fine allega/allegano:**

* n. \_\_\_\_\_ copie documento di identità in corso di validità di ogni soggetto avente la rappresentanza legale dell’ETS proponente e di tutti gli altri eventuali soggetti [N.B.: non dovuta laddove la domanda di partecipazione sia firmata digitalmente];
* Allegato B\_Modello\_Proposta\_Progettuale;
* Allegato C\_Budget\_Progetto;
* n. Allegato D \_\_\_\_\_ dichiarazione sostitutiva (n. 1 per ogni soggetto avente la rappresentanza legale dell’ETS proponente e di tutti gli altri eventuali soggetti);
* n.Allegato E\_\_\_\_\_\_ Dichiarazione del Titolare effettivo. (n. 1 per ogni soggetto avente la rappresentanza legale dell’ETS proponente e di tutti gli altri eventuali soggetti)
* Allegato F\_\_\_\_\_\_ Autodichiarazione PNRR Art 47. (n. 1 per ogni soggetto avente la rappresentanza legale dell’ETS proponente e di tutti gli altri eventuali soggetti)

**IL/I DICHIARANTE/I PRENDE/ONO ATTO CHE**

ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il “Codice in materia di protezione dei dati personali”, del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D. Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679:

a. il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento relativo all’attivazione di un partenariato con ETS, mediante co-progettazione, AI SENSI DELL’ART. 55 DEL D. LGS. N. 117/2017 E SS.MM.II. E AI SENSI DELLA L.R. MARCHE N. 23/2025 E SS.MM.II. PER L'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER CO-PROGETTARE LA DEFINIZIONE E REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEL TERRITORIO DELL’ATS 19 NELL’AMBITO DEL PNRR, MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” - COMPONENTE 2 “INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE” – SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE” – INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ - AVVISO PUBBLICO 1/2022 - FINANZIATO DALL’UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU, CUP F54H22000160001, CIG B891C1D945”

b. il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;

c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti procedimentali;

d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria;

e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall’art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f)];

f. Il Titolare del trattamento Comune di Fermo – Via Mazzini n. 4 – 63900 in qualità di ente capofila dell’ATS XIX, in riferimento all'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, designerà i soggetti deputati a svolgere compiti e funzioni, inerenti al trattamento, per quanto concerne la presente convenzione.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Timbro e firma del Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(*eventuale – in caso di partecipazione in forma associata*)**

**Timbro e firma del Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Aggiungere le firme necessarie in funzione del numero dei soggetti in rete***

(In caso di firma autografa allegare fotocopia del documento di identità del/i sottoscrittori ai sensi del combinato disposto degli artt. 38 e 46 del DPR n. 445/2000)