

N.B. Il presente modello deve essere compilato da ciascun partner su propria carta intestata

AVVISO PUBBLICO PER L'AVVIO DEI CENTRI PER LA FAMIGLIA DELLA REGIONE SICILIANA NEI DISTRETTI SOCIO SANITARI AVENTI QUALE CAPOFILIA I COMUNI CAPOLUOGO DI PROVINCIA.

Il sottoscritto/a (*Cognome e nome*) _____
nato/a a _____ il _____ codice
fiscale _____ e-mail _____
cell. _____, nella qualità di rappresentante legale dell'ente
_____, codice fiscale/p.iva.
_____, tel. _____,
e-mail _____,
PEC _____,
sito internet _____, con sede legale in
_____, via _____ n. _____, con sede operativa
in _____, via _____ n. _____, in nome e per
conto del quale agisce, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del
28.12.2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del
medesimo D.P.R.,

DICHIARA

- ✓ di partecipare in qualità di partner alla proposta progettuale presentata dal Distretto socio sanitario n. _____ Comune capofila _____;
- ✓ di condividere i contenuti del progetto di cui al Modello A e di assumere i compiti e ruoli stabiliti nell'accordo di partenariato.
Altresì, dichiara:
- ✓ l'insussistenza, nei propri confronti, delle cause di divieto e di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 6.9.2011, n. 159;
- ✓ l'insussistenza di carichi pendenti e/o di condanne penali a proprio carico;
- ✓ (solo per gli enti del Terzo settore), di essere iscritto al R.U.N.T.S., di cui al D.Lgs. n. 117/2017, con provvedimento (*indicare data e numero del provvedimento di registrazione*) _____.

Luogo e data _____

Firma digitale del legale rappresentante()*

(*) La presente domanda deve essere firmata digitalmente ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale di cui al D.Lgs. n. 82/2005 e ss.mm., dichiarando altresì che i certificati di firma utilizzati sono validi e conformi al disposto dell'art. 1, comma 1, lett.f), del medesimo Codice.