**Fac simile - Carta intestata**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In qualità di Legale Rappresentante del Soggetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso Pubblico di cui in oggetto. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi, richiamate dall’ art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche, nonché consapevole di quanto previsto all’ art. 75 del predetto d.p.r. n. 445/2000,

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000 di essere nato a ……………………………………………………… (Prov. ………..) il …………………………… C.F…………………………………; di essere residente a …………………………………… in via/corso/piazza………………………………………………., n…… c.a.p……………,

- di rivestire la qualità di legale rappresentante del Soggetto denominato ……………………………………………………………………………………………….., C.F……………………………………P.IVA……………………………………………………………

- che il sopra indicato Soggetto …………………………………………………… ha sede legale a ..................................via.........................………c.a.p……………..…..tel……………………………e mail……………………………………………………posizione INPS………………………………

INAIL ……………………………….. e CCNL applicato ………..……………………………

- di non incorrere in alcuno dei motivi di esclusione indicati all’art. 80 del D.lgs n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica del soggetto che presenta la candidatura;

- di conoscere pienamente il Bando “SPERIMENTAZIONE DI AZIONI INNOVATIVE DI WELFARE TERRITORIALE”;

- di essere iscritto al Registro Regionale …………………………………… con numero identificativo (se previsto) …………………………………………………………

- di possedere i seguenti requisiti: o Sede legale in ITALIA o in EUROPA; o Attività da almeno un anno;

- di impegnarsi a: o condividere le linee guida del bando “SPERIMENTAZIONE DI AZIONI INNOVATIVE DI WELFARE TERRITORIALE”;

o mettere a disposizione la propria capacità progettuale a titolo gratuito per il periodo necessario alla stesura del Progetto Definitivo;

- di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget;

- di individuare:

o Referente il Sig./ la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Mail da utilizzare per le comunicazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Numero di telefono per comunicazioni urgenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tali fini allega:

- Progetto/Offerta

- Piano dei costi previsti;

- Copia del Documento di identità del dichiarante

Data

Timbro

Firma

del Legale Rappresentante

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