



Comune di Lariano

CITTA' DI VELLETRI
Città metropolitana di Roma Capitale
Capofila Distretto Socio-Sanitario RM 6.5
Piazza Cesare Ottaviano Augusto
CAP 00049 -tel. 06961581
www.comune.velletri.rm.it



Comune di Velletri



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.5

Avviso a favore della realizzazione di tirocini di inclusione sociale

Al Comune di Velletri Capofila di Distretto
Sociosanitario di Rm 6.5

Indirizzo Piazza C. O. Augusto n. 1

PEC ufficio.servizisociali@pec.comune.velletri.rm.it

Oggetto: domanda di ammissione a finanziamento

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

nato/a a _____, il ___ / ___ / ___

codice fiscale n. _____, cell. _____,

e-mail _____

nella _____ sua _____ qualità _____ di _____ legale _____ rappresentante
del/della _____

codice fiscale/partita IVA n. _____,

tel. _____, e-mail _____,

pec _____ con sede legale in, _____

via/piazza _____ n° _____,

con sede operativa in, via/piazza _____ 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



Comune di Lariano

CITTA' DI VELLETRI
Città metropolitana di Roma Capitale
Capofila Distretto Socio-Sanitario RM 6.5
Piazza Cesare Ottaviano Augusto
CAP 00049 -tel. 06961581
www.comune.velletri.rm.it



Comune di Velletri



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): _____

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 _____;
- 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 2. Piano finanziario.

_____/_____/_____
(Luogo e data)

Il Legale Rappresentante
(firmato digitalmente)