

ALL. B

Ambito Territoriale

Via

PEC:

Oggetto: manifestazione di interesse a partecipare alla procedura PER LA DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA OPERATIVO TERRITORIALE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CUI ALLA LINEA D DEL PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE.

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____ e legale rappresentante del/della _____ (indicare denominazione e forma giuridica), con sede legale in _____, prov. _____, via _____, n. _____, codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____ Tel. _____, E-mail _____, PEC _____, quale soggetto proponente la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nel Programma operativo Regionale per il Dopo di Noi di cui all'AD 780/2021 per la realizzazione degli interventi di cui alla Linea D del "Piano Regionale per il dopo di noi 2016-2019" approvato con DGR 850/2020 a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare di cui alla L. n. 16/2016.

MANIFESTA

l'interesse del soggetto suindicato a partecipare alla procedura individuata in oggetto ed a questo effetto

DICHIARA

- di accettare che ogni comunicazione relativa alla procedura, di cui trattasi, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante assume ogni rischio): _____;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data __/__/____

FIRMA

n.b.: la presente manifestazione di interesse deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.



Città di Conversano
Area Metropolitana di Bari

AMBITO TERRITORIALE DI CONVERSANO

Comuni associati Conversano - Monopoli - Polignano a Mare - ASL BA