



REGIONE PUGLIA

Azienda Sanitaria Locale di Taranto

S. C. Socio Sanitaria

Direttore Dott. Vito Giovannetti

Email: areasociosanitaria@asl.taranto.it

vito.giovannetti@asl.taranto.it

tel. 099 7786010 – 099 7786151

OGGETTO: Avviso pubblico per la selezione di soggetti collaboratori, in qualità di Partner dell'ASL di Taranto, interessati alla presentazione di proposte progettuali a valere sul Fondo Europeo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 - Obiettivo Specifico 1 - Obiettivo nazionale 1 – lett. c - “Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza”

Domanda di partecipazione

**Dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi del DPR n. 445 del 2000
(da inserire nella Busta 1)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il ____/____/____,
residente a _____
via _____ n. _____ CAP _____
C.F. _____
legale rappresentante del Soggetto concorrente _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la propria responsabilità

CHIEDE

l'ammissione alla procedura di selezione di un partner progettuale per la presentazione di una proposta progettuale in relazione all'*Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 1 - Obiettivo nazionale 1 – lett. c - “Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza” - Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità*, attraverso la proposta progettuale avente titolo:

_____.



REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale di Taranto
S. C. Socio Sanitaria

Direttore Dott. Vito Giovannetti
Email: areasociosanitaria@asl.taranto.it
vito.giovannetti@asl.taranto.it
tel. 099 7786010 – 099 7786151

A tal fine,

DICHIARA

1. di essere legale rappresentante del Soggetto concorrente (*indicare l'esatta denominazione, comprensiva della forma giuridica*)

oggetto sociale: _____

con sede legale in _____

via _____ n. _____ CAP _____

C.F. _____ P.IVA _____

n. tel. _____ E-mail _____

PEC _____

Recapiti per le comunicazioni da parte di ASL Taranto (*se diversi da quelli sopra indicati*):

n. tel. _____ E-mail _____

PEC _____

2. di essere in possesso di tutti i requisiti indicati nell'art. 2 dell'avviso pubblico in oggetto, e in particolare:

- di avere la disponibilità di firma digitale in corso di validità e una casella di posta elettronica certificata;
- di essere costituito da almeno cinque anni;
- di avere le seguenti esperienze documentabili nel settore dell'integrazione dei migranti (*per ogni esperienza indicare la tipologia del servizio offerto, i destinatari, il periodo del servizio, l'eventuale committente*):



REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale di Taranto
S. C. Socio Sanitaria

Direttore Dott. Vito Giovannetti
Email: areasociosanitaria@asl.taranto.it
vito.giovannetti@asl.taranto.it
tel. 099 7786010 – 099 7786151

Si allega:

- copia di un documento di identità del firmatario in corso di validità;
- copia dell'atto costitutivo e dello Statuto del Soggetto concorrente;
- curricula del personale che si intende coinvolgere nella realizzazione delle attività di cui al presente Avviso;
- All. 2 - Progetto-Offerta: relazione tecnica della proposta progettuale;
- All. 3 - Piano dei costi previsti.

Luogo e data

Ente/Nome

Firma
