

ALL. A) - Modello di manifestazione di interesse
da compilare preferibilmente in formato digitale

OGGETTO: Avviso per la presentazione di manifestazioni d'interesse finalizzate all'individuazione di sette membri in rappresentanza delle associazioni rappresentative a livello regionale che tutelano i diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie, ai sensi dell'articolo 4 della L.R. 25 novembre 2013, n. 44 recante "Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

in qualità di legale rappresentante dell'Ente

(Denominazione ente)

con sede legale in Via _____ n. _____

Città _____ Cap. _____

recapito telefonico _____ CF/P. IVA _____

PEC _____ e-mail _____

PRESENTA

la propria manifestazione d'interesse per l'individuazione di sette membri in rappresentanza delle associazioni rappresentative a livello regionale che tutelano i diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie e, per tali, fini, **sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni:**

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano o di uno stato membro dell'Unione europea e di godere dei diritti civili e politici;
2. che l'ente rappresentato non persegue da Statuto fini di lucro;

3. che l'ente che rappresenta legalmente è in possesso dei seguenti **REQUISITI ESSENZIALI:**

- ☐ espressa previsione nello statuto dell'Associazione dello svolgimento di attività di tutela, sostegno e rappresentanza delle persone con disabilità, nonché di promozione dei relativi diritti;
- ☐ è iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) al nr. rep.: _____;
- ☐ ha sede legale e operativa nella Regione Abruzzo _____ (indicare Comune).

DICHIARA ALTRESI'

(ai fini della formazione dell'elenco di priorità di cui all'art. 10 dell'Avviso)

4. che l'ente è in possesso dei seguenti **REQUISITI PREFERENZIALI:**

A. CAPILLARE DIFFUSIONE SUL TERRITORIO REGIONALE

- Numero totale di sedi operative attive in Abruzzo: _____

B. ANZIANITÀ DI COSTITUZIONE

- L'Associazione è stata formalmente costituita in data: _____
(Il requisito minimo per la preferenza è di almeno dieci anni).

C. CONSISTENZA DELLA BASE ASSOCIATIVA

- Numero totale di persone fisiche associate (alla data di pubblicazione del bando): _____
(Il requisito minimo per la preferenza è di almeno cento associati).

FORNISCE

5. **breve descrizione delle attività più rilevanti poste in essere negli ultimi cinque anni in materia di disabilità, debitamente documentate:**

6. **Elenco completo delle sedi operative in Abruzzo (indicare per ciascuna sede: Comune, Provincia, CAP, indirizzo):**

ALLEGA ALLA PRESENTE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

- ☐ copia dell'**Atto costitutivo e dello Statuto vigente** dell'ente;
- ☐ copia dell'attribuzione del **codice fiscale e/o partita iva** dell'ente;
- ☐ copia del **documento d'identità in corso di validità del dichiarante** nel caso in cui l'istanza sia sottoscritta con firma autografa;
- ☐ ogni altro eventuale documento per una più completa valutazione della descrizione fornita al punto 5 del presente modello;

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettarne incondizionatamente termini, modalità e criteri di individuazione, rinunciando a ogni eccezione in ordine ai criteri di preferenza ivi stabiliti;
- di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati contenuta all'art. 13 dell'Avviso;
- di prendere atto che l'assenza di cause ostative di cui all'art. 5 del bando dovrà essere dichiarata analiticamente dal singolo membro che verrà eventualmente designato dall'associazione in fase successiva.

Luogo e data

_____ , _____

In Fede
(Firma del legale rappresentante digitale o autografa)
