ALLEGATO A

Alla Area 5 Sociale
del Comune di Corleone
Capofila Distretto Socio-Sanitario n. 40
Ufficio di Piano
protocollo@pec.comune.corleone.pa.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ADESIONE ALLA "RETE TERRITORIALE PER LA PROTEZIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE -DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.40"
redatta sotto forma di autocertificazione (Dichiarazione sostitutiva di certificazione art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) per la costituzione della *Rete Territoriale per la Protezione e l'Inclusione sociale*

Il sottoscritto _____ nato a_____ (____)

il ___|___|___|___|___|___|___|___| C.F. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

nella qualità di _____ (presidente, direttore, amministratore, legale rappresentante altro), rappresentante

dell'Ente _____ presente/operante nell'ambito

nel Distretto Socio Sanitario n.40, dimensione: ☐ comunale ☐ provinciale ☐ regionale ☐ nazionale)

con sede a _____ Via _____ n. ___

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

PEC: _____

***Tipologia Ente*:**

- ☐ Associazione di II livello
- ☐ Associazione di III livello
- ☐ Associazione di categoria
- ☐ Associazione professionale
- ☐ Associazione del mondo della cooperazione
- ☐ Organismo della formazione professionale
- ☐ Ente o associazione in rappresentanza dei beneficiari degli interventi e dei servizi sociali

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Ad essere ammesso alla **Rete per la protezione e l'inclusione sociale** del Distretto Socio Sanitario n. 40 (Comune Capofila Corleone, Bisacquino, Campofiorito, Chiusa Sclafani, Contessa Entellina Giuliana e Roccamena).

Intende partecipare ai seguenti tavoli tematici:

☐ **Famiglia – Minori – Anziani**

☐ **Disabilità e Non autosufficienza**,

☐ **Povertà ed Esclusione Sociale**

Indica come referente per il Distretto 40 - a partecipare alla ***Rete per la Protezione e l'Inclusione Sociale***

il/la sig./a _____ C.F. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

e-mail _____

PEC: _____

*carica sociale ricoperta nell'Ente rappresentato*_____

DICHIARA

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

di aver preso visione ed accettare:

- quanto disciplinato nell'Avviso Pubblico Distrettuale;
- che la Manifestazione di Interesse non comporta l'automatico inserimento nella Rete Territoriale per la Protezione e l'Inclusione Sociale;
- che la "Rete" sarà composta e regolamentata attraverso specifico atto del Comitato dei Sindaci, una volta selezionati i componenti della stessa rete giusta specifica acquisizione di manifestazione di interesse;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario n. 40 potrà richiedere ulteriore documentazione attestante i requisiti richiesti nell'Avviso Pubblico Distrettuale;
- di essere a conoscenza che i dati forniti saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Esclusivamente per gli Enti del Terzo Settore

Si impegna ad adeguarsi alle disposizioni previste nel Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117) e iscriversi al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), nel rispetto della tempistica prevista in sede nazionale e regionale.

Il Legale rappresentante

_____

Firma e timbro dell'Ente

Allega:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia dello Statuto;
- Curriculum dell'Ente Rappresentato, da cui si evinca la conoscenza del territorio e del settore in cui ha maturato esperienza;
- Dichiarazione sull'esistenza di eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti con gli amministratori, i dirigenti e i dipendenti dell'Amministrazione Comunale (allegato 1);
- Dichiarazione assenza conflitto di interessi (allegato 2)