

FAC SIMILE DOMANDA

Da compilare su carta intestata dell'ente

Spett.le Azienda Consortile Medio Olona

Servizi alla Persona

Piazza Gabardi, 3

Solbiate Olona

PEC amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it

**Oggetto: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA PARTECIPAZIONE
COME PARTNER DELL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA AL
"BANDO E-STATE + INSIEME – 2022" DI REGIONE LOMBARDIA
EX DGR XI/6490 DEL 13.06.2022**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente in _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante dell'ente _____

natura giuridica (prevista tra i soggetti ammissibili nel bando)

con sede legale a _____ in Via _____ n. _____

Cod. Fisc. _____ P. IVA _____

N.Telefono _____ N.Fax _____

E-mail _____

PEC _____

ESPRIME INTERESSE

a partecipare come partner dell'Azienda Speciale Consortile Medio Olona al "BANDO E- STATE + INSIEME – 2022" DI REGIONE LOMBARDIA, EX DGR XI/6490 DEL 13.06.2022

A tal fine, sotto la propria responsabilità ad ogni effetto di legge,

DICHIARA:

1. di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente, in ogni sua parte ed elaborato, il contenuto della DGR 6490 DEL 13.06.2022 e relativi allegati e dell'Avviso per la manifestazione d'interesse in oggetto;
2. (se pertinente) di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura, competente per territorio (precisare estremi di iscrizione) _____
per la specifica attività oggetto del presente avviso;
(per le Cooperative) di essere regolarmente iscritti all'Albo delle Società Cooperative istituito con D.M. 23/6/2004 (precisare estremi di iscrizione _____) e (solo per le Cooperative Sociali) di essere regolarmente iscritto al relativo Albo Regionale (precisare estremi di iscrizione _____);
(per le ODV e APS) di essere iscritto ai Registri Regionali o Nazionali o ad analoghi elenchi regionali o nazionali _____;
(per le A.S.D.) di essere regolarmente iscritto nel registro del CONI _____;
3. che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi è la seguente: _____
4. oggetto sociale: _____
5. di non essere soggetto a cause di esclusione ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
6. di applicare integralmente, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e, se cooperative, anche nei confronti dei soci, i CCNL di settore e gli accordi integrativi territoriali sottoscritti dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale;
7. di possedere i requisiti di esperienza, solidità e capacità organizzativa-gestionale necessari per lo svolgimento delle attività proposte.

A tal fine si trasmette in allegato il progetto che si intende realizzare (seguire i contenuti essenziali previsti nell'avviso).

Data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(Le dichiarazioni di cui sopra devono recare la sottoscrizione autenticata, oppure nel rispetto della normativa vigente, recare la sottoscrizione semplice accompagnata dalla fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante – ex D.P.R. n. 445/2000)

Allegare documento identità del legale rappresentante