

FAC SIMILE DOMANDA

Da compilare su carta intestata

Spett.le Azienda Consortile Medio Olona

Servizi alla Persona

Via Italia, 151

Marnate

PEC [amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it](mailto:amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it)

**Oggetto: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA PARTECIPAZIONE  
COME PARTNER DELL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA AL  
"BANDO ESTATE INSIEME" DI REGIONE LOMBARDIA EX DGR 4676/10.05.2021**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_

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 ESTATE INSIEME" di Regione Lombardia ex DGR 4676/10.05.2021

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 dell'Avviso per la manifestazione d'interesse in oggetto nonché del Bando regionale;
2. 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 trasmette in allegato il progetto che si intende realizzare, (si raccomanda l'utilizzo dello schema allegato all'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)*