



**Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona**

ALLEGATO 1- MANIFESTAZIONE D'INTERESSE: RICHIESTA D'INSERIMENTO DEL PROPRIO ENTE NELL'ELENCO DELL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA FINALIZZATO AD ATTUARE I PERCORSI DI AUTONOMIA A FAVORE DEI BENEFICIARI DEI VOUCHER ANZIANI E DISABILI di cui ai d.d.g.regionali n°12405 e n° 12408 del 28/11/2016

Spett.le Azienda Speciale
Consortile Medio Olona servizi alla persona

Il/la sottoscritto/a
Nato/a a il
Residente a Via
Codice Fiscale
In qualità di Legale rappresentante della Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda
.....
con sede legale inVia
C.F./P.IVA n°

CHIEDE

L'inserimento del proprio ente nell'elenco istituito dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona finalizzato ad attuare i percorsi di autonomia a favore dei beneficiari dei voucher anziani e disabili di cui ai d.d.g.regionali n°12405 e n° 12408 del 28/11/2016.

A tale scopo, DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso finalizzato alla creazione di un elenco di soggetti disponibili a collaborare con l'ambito territoriale medio olona per l'attuazione dei percorsi di autonomia a favore dei beneficiari dei voucher anziani e disabili di cui ai d.d.g.regionali n°12405 e n° 12408 del 28/11/2016" e di accettarlo in ogni sua parte, compresi gli allegati.
- Sotto la propria responsabilità:
 - di non avere subito condanne penali;
 - di non avere in corso procedimenti penali a proprio carico;
 - di godere della pienezza dei diritti civili;
 - che la Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda non si trova in alcuna delle situazioni ostative alla conclusione di contratti e convenzioni con la Pubblica Amministrazione;



**Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona**

che la Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda è iscritta a:

- Albo
- Registri Regionali
- C.C.I.A.
- Registro Prefettizio (specificare con il/i n°);

che lo scopo sociale della Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda

.....

è specifico per la tipologia di attività previste dall' "Avviso finalizzato alla creazione di un elenco di soggetti disponibili a collaborare con l'ambito territoriale medio olona per l'attuazione dei percorsi di autonomia a favore dei beneficiari dei voucher anziani e disabili di cui ai d.d.g.regionali n°12405 e n° 12408 del 28/11/2016".

Data _____

Firma



Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona

(Allegato a)

SCHEDA ANAGRAFICA IDENTIFICATIVA DELL'ENTE

Denominazione Ente

P. IVA/C.F.

Eventuale sito Web

Sede legale: Comune di Via
Telefono
Fax
E-mail

Sede operativa: Comune di Via
Telefono
Fax
E-mail
Apertura al pubblico nei giorni di
dalle ore alle ore

Altre sedi:
.....
.....
.....
.....
.....



(Allegato b)

SCHEDA ANAGRAFICA IDENTIFICATIVA DELLE ATTIVITA' OFFERTE

La Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda
offre le seguenti attività:

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Breve descrizione delle attività offerte

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....