

FAC SIMILE DOMANDA

Da compilare su carta intestata dell'ente

Spett.le Azienda Speciale 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 ALLA COPROGETTAZIONE E LA REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI AZIONE TERRITORIALE DEGLI INTERVENTI PER FAVORIRE E PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO - DGR N. 2168 DEL 15/04/2024

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 **"AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA PARTECIPAZIONE COME PARTNER DELL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA ALLA COPROGETTAZIONE E LA REALIZZAZIONE DI UN PIANO DI AZIONE TERRITORIALE DEGLI INTERVENTI PER FAVORIRE E PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO - DGR N. 2168 DEL 15/04/2024"**

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 D.G.R. XII/2168 del 15/04/24 di Regione Lombardia, del DDUO n. 8782 del 10/06/2024 e della Deliberazione del Direttore Generale. N. 484 DEL 23/07/2024 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 ad essere assegnatari di una commessa pubblica previste dalla normativa vigente con particolare riferimento a quelle stabilite dagli artt. 94, 95, 96 e 98 e dall'Allegato II.10 del D.lgs 36/2023 e s.m.i. e dalla legislazione antimafia;
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 il progetto che si intende realizzare, redatto secondo la scheda allegata al presente modulo di domanda, che riprende 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 e Progetto redatto secondo la scheda di progetto allegata.

ALL. 1- SCHEDA PROPOSTA PROGETTUALE IVECCHIAMENTO ATTIVO (allegato A)

TITOLO DEL PROGETTO

ANALISI DEL BISOGNO TERRITORIALE A CUI SI INTENDE RISPONDERE E PRIORITÀ RILEVATE SUL TERRITORIO DI INTERESSE

ESPERIENZE GIÀ ATTIVATE O IN CORSO DI REALIZZAZIONE CHE POSSANO ESSERE VALORIZZATE

Indicare eventuali progettualità rivolte alla popolazione anziana e specificare l'esperienza dell'ente sull'argomento

BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Fornire una breve descrizione del progetto che presenti in sintesi gli obiettivi, le attività, i risultati attesi e le realizzazioni (output) seguendo lo schema indicato

Descrizione attività (indicando se si tratta di nuovo intervento oppure se interventi già presenti messi in rete)
Tempistica di realizzazione
Obiettivo specifico e risultato atteso
N° e tipologia di personale impiegato
Ore di servizio totali
Partner coinvolti e budget ipotizzato
Tipologia e numero di destinatari previsti (precisare se nuclei familiari o singoli)

DESTINATARI

Indicare la tipologia di destinatari che si intendono prendere in carico con la progettualità

DURATA DEL PROGETTO

MODALITA' ATTUATIVE

(modello organizzativo – gestionale proposto e coordinamento con i Comuni, l'Ambito e altri eventuali partner)

RISULTATI ATTESI

STRUMENTI E INDICATORI DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'

--

SOSTENIBILITÀ DELLA PROPOSTA

Indicare le modalità e i mezzi con i quali il progetto potrebbe trovare sostenibilità nel tempo

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Prima annualità	Semestre 1						Semestre 2					
Attività 1												
Attività 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(...)												

Seconda annualità	Semestre 3						Semestre 4					
Attività 1												
Attività 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(...)												

PIANO DEI COSTI

VOCI DI COSTO		IMPORTO
A	Costi del personale interno ed esterno	€
B	Altri costi (diretti diversi dal personale e indiretti) *	€
C	TOTALE CONTRIBUTO PUBBLICO al massimo 80% del costo totale ammissibile	€ [C=A+B]
D	Valorizzazione di personale già dipendente degli enti appartenenti alla rete impiegato nell'attuazione del progetto	€
E	Valorizzazione del lavoro volontario	€
F	Quota economica	€
G	TOTALE COFINANZIAMENTO del capofila e dei partner effettivi (almeno 20% del costo totale ammissibile)	€ [G=D+E+F]
H	TOTALE COSTO PROGETTO	€ [H=C+G]

* Sono consentiti acquisti di beni/attrezzature fino ad un massimo del 20% del contributo regionale.

Il Legale Rappresentante o Soggetto
delegato alla firma