

Preg.mo

DIRIGENTE COORDINATORE
del Comune di AGRIGENTO
capofila Distretto socio-sanitario D1
CAP 92100 – AGRIGENTO (AG)

PEC: servizio.protocollo@pec.comune.agrigento.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AGGIORNAMENTO RETE TERRITORIALE PER LA PROTEZIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE – LUOGO DI CONCERTAZIONE TERRITORIALE DEGLI INTERVENTI SOSTENUTI A VALERE SUL FONDO NAZIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____)

Il _____ C.F. /P. IVA _____

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

rappresentante dell'Ente _____

presente / operante nell'ambito nel Distretto Socio Sanitario D 1 (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

Enti e associazioni in rappresentanza dei beneficiari degli interventi e dei servizi sociali

Altro, specificare _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Ad essere ammesso alla **Rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale** del Distretto Socio Sanitario n. 1, [Agrigento (comune capofila), Aragona, Comitini, Favara, Joppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Sant'Angelo, Santa Elisabetta e Siculiana].

Intende partecipare ai seguenti tavoli tematici:

- Famiglia - Minori**
- Disabilità e Anziani / non autosufficienza**
- Povertà ed Esclusione Sociale**

Indica come referente per il Distretto Socio Sanitario D1 a partecipare alla **Rete per la protezione e l’Inclusione Sociale**:

il sig./dott. _____

C.F. _____ cell. _____

e-mail _____ pec _____

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n 445/2000 e s.m.i.)

di aver preso visione ed accettare:

- quanto disciplinato nell’*Avviso Pubblico*;
- che la manifestazione d’interesse non comporta l’automatico inserimento nella Rete Territoriale per la Protezione e l’Inclusione Sociale;
- che la Rete Territoriale sarà composta, di volta in volta, attraverso specifico atto del Comitato dei Sindaci, qualora selezionati i componenti della stessa rete, giusta specifica acquisizione di manifestazione di interesse;
- di essere a conoscenza che l’*Ufficio Piano* del Distretto Socio Sanitario D1, all’atto di composizione della “Rete” potrà richiedere ulteriore documentazione attestante i requisiti richiesti nell’*Avviso Pubblico*;
- di essere a conoscenza che i dati forniti saranno trattati, ai sensi del D.lgs. 101/2018 e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679);

Si impegna, ove consentito, in qualità di Ente del Terzo Settore, 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.

Timbro dell’Ente

IL LEGALE RAPPRESENTANTE /TITOLARE EFFETTIVO
(indicare la carica sociale ricoperta)

Allega:

1. documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Curriculum dell’Ente/Associazione.