#### All. 1

#### MODULO DI DOMANDA

**PROGETTI PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DEDICATI ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

 **IN ATTUAZIONE DELLA DGR 778/2023 Anni 2023-2025.**

*(Nota: la compilazione è obbligatoria in ogni sua parte).*

AL Direttore Generale Azienda ULSS 8 BERICA

Viale Rodolfi, 37 -36100 VICENZA

#### PARTE PRIMA: richiesta di partecipazione

Il sottoscritto (NOME E COGNOME), in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con sede a (Città e indirizzo), visto il bando per la presentazione di Progetti per la realizzazione di interventi dedicati alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico in attuazione della DGR 778/2023

CHIEDE

di partecipare al l’avviso con il progetto dal titolo:

Linea di intervento (barrare la linea/e) *◊* D), *◊* E); *◊* F), *◊* G), *◊* H)

Relativamente al progetto che presenta, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci di all’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara altresì sotto propria responsabilità:

* che l’iniziativa ha/non ha ottenuto finanziamenti dalla Pubblica Amministrazione per le stesse attività;
* che è stata presa visione e accetta tutte le condizioni contenute nell’avviso;
* di essere in possesso dei requisiti di ordine generale previsti dall’art. 94 e 95 del D. Lgs. 36/2023;
* di avere nel proprio statuto/atto costitutivo finalità coerenti con le attività ricomprese nelle linee di intervento del presente avviso;
* di essere in possesso dei requisiti di moralità, integrità e affidabilità professionale per contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* essere in grado di mettere a disposizione operatori formati o in corso di formazione durante lo svolgimento delle progettualità sulle tematiche inerenti al disturbo dello spettro autistico, mezzi e attrezzature idonee allo svolgimento delle attività di cui al presente avviso;
* che gli ETS e gli altri enti partecipanti sono in regola relativamente alla posizione assicurativa dei volontari e alla posizione contributiva e assistenziale dei dipendenti e dei collaboratori;
* di garantire il rispetto degli adempimenti obbligatori imposti dal Codice per la protezione dei dati personali di cui al Regolamento UE n. 679/2016;
* di non rendere false informazioni né omettere dati rilevanti per lo svolgimento della selezione, ispirata al canone di trasparenza, assicurando l’impegno al rispetto integrale delle clausole anti-corruzione, per quanto applicabili.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

(allegare C.I.)

#### PARTE SECONDA: dati relativi al richiedente

Denominazione (anche in caso di capofila di rete):

SEDE LEGALE

Via e numero civico Città CAP Provincia

Telefono fax e-mail

Codice fiscale/Partita IVA

Referente per il progetto

Nome e cognome

Telefono ed e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo al quale si chiede venga inviata ogni comunicazione relativa alla presente richiesta ( **solo se diverso** dalla sede legale sopra indicata)

Via e numero civico Città CAP Provincia

PEC

#### Partner di rete:

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

Denominazione dell’ente:

Legale rappresentante Firma

#### PARTE TERZA: requisiti del richiedente (art. 3 dell’avviso)

Sede Operativa: .....................................................

Data di Costituzione dell’ETS:

Data e Numero di Iscrizione al RUNTS:

SEDE LEGALE

Via e numero civico Città CAP Provincia

**DICHIARA INOLTRE**

* documentata esperienza maturata in attività ricomprese nelle linee di intervento oggetto del presente avviso con particolare riguardo alla gestione dei disturbi dello spettro autistico *(descrivere e dettagliare accuratamente i progetti e le reti coinvolte):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ente che ha affidato il servizio (o se si tratta di attività svolta direttamente indicare i beneficiari del servizio) | Tipologia di servizio/intervento/progetto | Data di avvio e di conclusione del servizio/interventi/progetto (o indicare se ancora in corso) | Ruolo esercitato (capofila, partner, affidatario) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipologia di professionisti con esperienza nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico | Tipologia di servizio/intervento/progetto realizzato | Durata e impegno orario settimanale |
|  |  |  |
|  |  |  |

* avere capacità organizzativa e finanziaria per realizzare le attività di cui al presente avviso: *(descrivere brevemente la composizione organizzativa del candidato, elencando numero e tipologie professionali della propria struttura amministrativa. Descrivere la capacità finanziaria del candidato).*