#### Al Comune di Villa San Pietro

Ufficio di Piano del PLUS OVEST

PEC: [protocollo@comunevillasanpietro.postecert.it](mailto:protocollo@comunevillasanpietro.postecert.it)

**DOMANDA CONTRIBUTO STRAORDINARIO ALLE ASSOCIAZIONI SARDE PER LE PERSONE MALATE DI ALZHEIMER**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Rappresentante legale dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

1. di aver preso visione dell’Avviso e delle norme e disposizioni di riferimento nel medesimo richiamate.
2. i dati del Rappresentante legale dell’Ente/Organizzazione/Associazione:

| **Nome:** |  | **Cognome:** |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale:** |  | **Luogo di nascita:** |  |
| **Provincia di nascita:** |  | **Data di nascita:** |  |
| **Residenza e indirizzo:** |  | | |

1. i seguenti dati dell’Ente/Organizzazione/Associazione:

| **Denominazione:** |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sede legale:** |  | **Sede operativa:** |  |
| **Codice fiscale:** |  | **Partita iva (ove sussista):** |  |
| **Forma giuridica:** |  | | | |
| **E-mail:** |  | **Pec:** |  |
| **Recapiti telefonici:** |  | | | |
| **Sito web:** |  | | | |
| **Iscrizione al Registro del Terzo Settore (RUNTS)** |  | | | |
| **Iscrizione Enti previdenziali**  **(ove sussista)** | **INAIL:** | | | |
| **INPS:** | | | |
| **CCNL di riferimento applicato ai lavoratori dipendenti** |  | | | |
| **n. lavoratori dipendenti** |  | **n. volontari iscritti al registro dei volontari dell’ente** |  |

| **Conto corrente dedicato** | **n. conto corrente** |  |
| --- | --- | --- |
| **denominazione istituto e indicazione filiale/agenzia** |  |
| **IBAN** |  |
| **persone delegate a operare sul conto con annesso codice fiscale** |  |

1. di richiedere il contributo nell’ambito dell’intervento in oggetto, come da progetto allegato, per un importo pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di aver preso visione dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali allegata all’Avviso e di essere informato/a, ai sensi dell’art.13 del regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

* sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente al contributo;
* potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento relativo alla presente istanza;
* potranno, inoltre, essere conservati per un periodo di 10 anni e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali;
* potranno essere comunicati alla regione Autonoma della Sardegna.

A tal fine allega la seguente documentazione:

1. Allegato B;
2. Documento d’identità del legale rappresentante

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante legale dell’Ente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_