

*Avviso pubblico per la gestione dei Cafè Alzheimer rivolti agli utenti con diagnosi di Demenza ed altri disturbi neurologici in ambito geriatrico e alle loro famiglie, di cui alla DGR 610/2021 della Regione Calabria*

**ALLEGATO A – Domanda di partecipazione**

Ambito Territoriale  
Comune capofila Rosarno,  
Viale della Pace, 89025,  
Rosarno

PEC: [servizisociali@pec.comune.rosarno.rc.it](mailto:servizisociali@pec.comune.rosarno.rc.it)

**Oggetto: Domanda di partecipazione Avviso pubblico per la gestione dei Cafè Alzheimer rivolti agli utenti con diagnosi di Demenza ed altri disturbi neurologici in ambito geriatrico e alle loro famiglie.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

(AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
cell. \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_ nella sua qualità di legale rappresentante  
dell'ETS proponente (denominazione giuridica) \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,  
PEC \_\_\_\_\_  
sito internet \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
con sede operativa in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
partita I.V.A. \_\_\_\_\_.

Consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

## DICHIARA

- 1) L'ETS proponente risulta iscritto al Registro:
  - Registro nazionale del Terzo Settore di cui al D. Lgs. n. 117/2017, n. di registrazione \_\_\_\_\_, data di registrazione \_\_\_\_\_;
  - Registro regionale della Calabria delle cooperative sociali di cui alla Legge Regionale n. 28 del 17 Agosto 2009, n. di registrazione \_\_\_\_\_, data di registrazione \_\_\_\_\_;
  - Registro regionale della Calabria delle associazioni di promozione sociale di cui alla Legge Regionale n. 33 del 26 Luglio 2012, n. di registrazione \_\_\_\_\_, data di registrazione \_\_\_\_\_;
  - Registro regionale della Calabria degli organismi di volontariato di cui alla Legge Regionale n. 33 del 26 Luglio 2012, n. di registrazione \_\_\_\_\_, data di registrazione \_\_\_\_\_.
- 2) di aver preso visione dell'Avviso e delle prescrizioni in esso contenute;
- 3) la sussistenza delle finalità statutarie e/o istituzionali congruenti con i servizi e le attività oggetto della presente procedura, desumibili dall'atto costitutivo, dallo statuto o da analoga documentazione istituzionale prevista dalla specifica disciplina vigente in relazione alla natura del soggetto partecipante;
- 4) di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni e/o patti d'intento con la Pubblica Amministrazione;
- 5) l'assenza delle cause di esclusione art. 80 D.Lgs. 50/2016 per tutta la durata della procedura e non essere incorsi, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la pubblica amministrazione alla data della compilazione della presente dichiarazione sostitutiva;
- 6) di possedere comprovata esperienza almeno biennale nel campo della disabilità e/o esperienza specifica in progettualità relative a persone con malattie di Alzheimer, come da CV e proposta progettuale allegati;
- 4) che per la medesima proposta progettuale non sono stati richiesti altri finanziamenti nell'ambito di programmi nazionali o regionali, né altri programmi o iniziative comunitarie;
- 5) l'insussistenza, nei confronti del rappresentante legale e dei componenti degli organi di amministrazione delle cause di divieto, di sospensione o di decadenza di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06.09.2011, n. 159;
- 7) l'insussistenza di carichi pendenti e/o di condanne penali a carico del rappresentante legale e dei componenti degli organi di amministrazione;
- 8) che l'ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;
- 10) che lo statuto agli atti del registro regionale è aggiornato (in alternativa si allega lo statuto aggiornato), e che le attività previste dal progetto sono coerenti con le attività statutarie;
- 11) che nelle attività progettuali sarà impegnato /non sarà impegnato anche personale volontario;
- 12) di mettere a disposizione per la realizzazione del progetto, la sede atta ad ospitare il/i Cafè Alzheimer:
  - indirizzo \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_;
  - indirizzo \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_;
  - indirizzo \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_;
- 13) che la struttura di cui al punto precedente è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia edilizia, igienico-sanitaria, di prevenzione incendi, sulle condizioni di sicurezza degli impianti, sulle barriere architettoniche, sulla prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro;

14) (solo in caso di ATI o ATS) che si intende attivare associazione temporanea di intesa/scopo con i seguenti soggetti, di cui si allegano le manifestazioni di interesse:

ETS (denominazione giuridica) \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ Sede operativa \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
numero e data di iscrizione \_\_\_\_\_.

15) che si intende attivare partenariato con i seguenti soggetti, di cui si allegano le manifestazioni di interesse:

Soggetto partner (denominazione) \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ Sede operativa \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tipologia (ente pubblico, privato sociale, privato)

16) di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, nonché di quelle accluse alla medesima, comporterà l'esclusione dalla procedura, ovvero, in caso di assegnazione del finanziamento, l'annullamento e/o la revoca dell'assegnazione stessa.

#### CHIEDE

di poter accedere all'assegnazione del finanziamento pubblico di cui all'Avviso in oggetto, attraverso la manifestazione d'interesse di una proposta progettuale allegata alla presente domanda e per la successiva coprogettazione relativa alla gestione del/dei: *“Cafè Alzheimer rivolti agli utenti con diagnosi di Demenza ed altri disturbi neurologici in ambito geriatrico e alle loro famiglie”*,

- all'interno del territorio dell'Ambito Territoriale N.2

- per l'importo richiesto di (finanziamento): \_\_\_\_\_

A tal fine alla presente DOMANDA DI PARTECIPAZIONE allega la seguente documentazione:

- CV del soggetto proponente;
- Atto costitutivo e Statuto
- Eventuale atto d'intento alla costituzione in ATS o ATI, unitamente ai CV degli enti del terzo settore coinvolti;
- Allegato B - Proposta progettuale;
- Allegato C - Informativa privacy;
- Allegato D - Atto unilaterale di impegno.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Il Legale Rappresentante

AVVERTENZE: La presente domanda deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento del sottoscrittore, in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000.