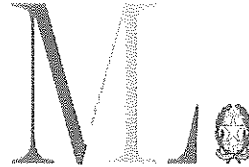


UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Allegato A1

**DOMANDA DI ADESIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
RIVOLTA AD ASSOCIAZIONI SPORTIVE DILETTANTISTICHE (ASD) E SOCIETA'
SPORTIVE DILETTANTISTICHE (SSD) PER LA REALIZZAZIONE DEL REGISTRO
DEI FORNITORI DISTRETTUALI ACCREDITATI RdC**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Spett.le Comune capofila Distretto Socio-Sanitario RM 6.3

c/o Comune di Marino

Città Metropolitana di Roma Capitale

Largo Palazzo Colonna,1 00047

Pec: protocollo@pec.comune.marino.rm.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

in _____ qualità _____ di _____

_____ dell'Associazione/Società _____ denominata _____

con _____ sede _____ a _____ Prov. _____

in _____ via _____

codice fiscale _____ partita iva _____

PEC _____

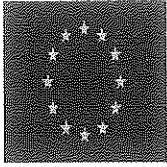
Recapito telefonico _____ E-mail _____

Manifesta il proprio interesse ad aderire al Registro dei Fornitori Distrettuali Accreditati RdC operanti nel settore ludico/sportivo attivi nel territorio del Distretto RM 6.3 (Comuni di Marino e Ciampino), con le quali instaurare forme di partenariato per accogliere i beneficiari di misure di

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3
Sistema integrato di interventi e servizi sociali

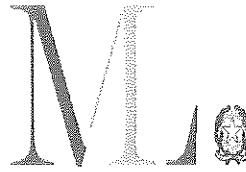


SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

inclusione sociale, per sostenerne l'avvicinamento all'attività fisica, rafforzarne il livello di salute psico-fisica, favorirne l'inclusione sociale.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47, 76, 77 bis, del DPR 445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA QUANTO SEGUE:

1. L'Associazione che rappresenta è (barrare una o più delle seguenti):

affiliata alla Federazione Nazionale

iscritta al Registro delle Associazioni Sportive Regione _____ al n. _____

iscritta al Registro del CONI Lazio al n. _____ e non ha nessuna procedura di cancellazione in corso dagli elenchi/registri suindicati;

2. Non si trova in alcuna delle situazioni descritte all'art. 80 del D.lgs. 50/2016, e pertanto non incorre in alcuna delle cause di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento degli appalti pubblici, per se e per tutti i soggetti previsti nel medesimo articolo;

3. E' in regola con la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/2008);

4. E' in regola con le norme in materia previdenziale, assistenziale, assicurativa e di contratti collettivi di lavoro;

5. Ha sede operativa nel Distretto RM 6.3, al seguente indirizzo:

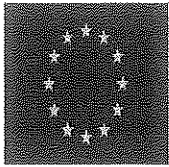
6. Ha nella propria disponibilità l'utilizzo di locali ed impianti idonei ed in regola con la normativa vigente, funzionali allo svolgimento dell'attività per la quale ci si presenta, nonché il personale qualificato per l'insegnamento della disciplina di seguito descritta;

ATTIVITÀ PROPOSTE AI BENEFICIARI DELLA MISURA DI INCLUSIONE ATTIVA a valere sulla Quota Servizi Fondo Povertà:

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3
Sistema integrato di interventi e servizi sociali



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

DETTAGLIO ATTIVITA'

(da compilare per ogni attività proposta):

Disciplina: _____

Descrizione attività:

Obiettivi:

Frequenza settimanale: _____

Costo Mensile *(cifre e lettere)*: _____

Costo Annuale *(cifre e lettere)*: _____

Costo Iscrizione *(cifre e lettere)*: _____

Materiale necessario all'attività *(es. divisa, ect...)*:

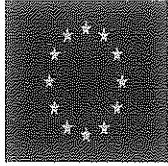
Il materiale è incluso nel costo dell'attività? SI NO

NOTE:

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3
Sistema integrato di interventi e servizi sociali

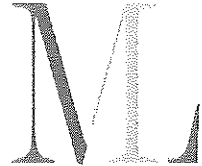


SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

DICHIARA altresì

- di accettare le condizioni previste nell'avviso pubblico di manifestazione di interesse;
- che provvederà a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione alla situazione sopra rappresentata.

Luogo _____ data _____

Il legale Rappresentante _____

Allega:

- Copia del documento d'identità del dichiarante;
- Curriculum dell'Associazione;
- Atto Costitutivo e Statuto.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3
Sistema integrato di interventi e servizi sociali



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6