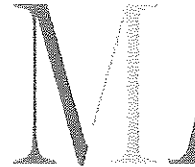


UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

Allegato A2

**DOMANDA DI ADESIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
RIVOLTA ALLE ORGANIZZAZIONI DEL TERZO SETTORE 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'Ente _____ denominato

Iscritto _____ al
Registro _____

con sede a _____ Prov.

in _____ Via

_____ codice fiscale _____ partita iva

PEC _____

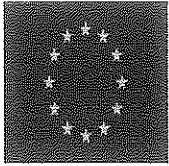
Recapito telefonico _____ E-mail

Manifesta il proprio interesse ad aderire al Registro dei Fornitori Distrettuali Accreditati RdC operanti nel Terzo Settore attivi nel territorio del Distretto RM 6.3 (Comuni di Marino e Ciampino), con i quali instaurare collaborazioni volte a favorire l'inclusione

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

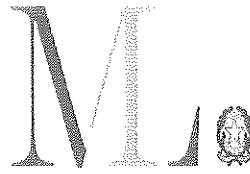


SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

attiva dei beneficiari delle misure di contrasto alla povertà nazionali, attraverso interventi di supporto nel settore socio-educativo e culturale. 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. 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;
2. E' in regola con la normativa vigente in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/2008);
3. E' in regola con le norme in materia previdenziale, assistenziale, assicurativa e di contratti collettivi di lavoro;
4. Ha sede operativa nel Distretto 6.3, al seguente indirizzo:

5. Ha nella propria disponibilità l'utilizzo di locali ed impianti idonei ed in regola con la normativa vigente e funzionali allo svolgimento delle attività proposte;

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

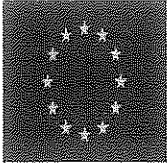
Ambito di Intervento:

- interventi di sostegno psicologico e psicoterapeutico per il singolo, la coppia e la famiglia*
- interventi riabilitativi per minori (logopedia, psicomotricità, psicoterapia per l'età evolutiva)*
- supporto alla genitorialità*
- mediazione familiare*
- baby parking – ludoteca*
- servizi educativi e attività socio-ricreative, volte a favorire la socializzazione dei minori (aiuto compiti, tutor DSA, doposcuola, mediazione scolastica, laboratori ludico-espressivi-ricreativi, laboratori di prevenzione del disagio);*
- compagno adulto per disabili o adolescenti*
- servizi educativi e attività socio-ricreative per disabili*

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

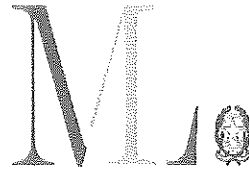


SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

DETTAGLIO ATTIVITA'

(da compilare per ogni attività proposta):

Denominazione Intervento: _____

Descrizione:

Obiettivi:

Frequenza settimanale: _____

Costo singolo intervento: _____

Durata singolo intervento: _____

Operatori Coinvolti

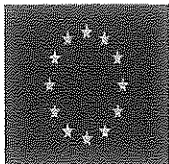
(indicare i profili professionali coinvolti nella realizzazione dell'attività)

NOTE:

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

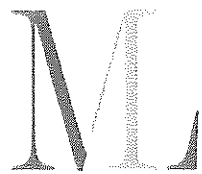


SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RM 6



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