

ALLEGATO B

AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE “Interventi di cui alla L.R. 06 aprile 1995, n. 15 “Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 23 dicembre 1986, n. 41 concernente interventi per favorire il funzionamento degli organi e delle strutture delle associazioni che perseguono la tutela e la promozione sociale dei cittadini mutilati, invalidi ed handicappati” in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 507 del 22 ottobre 2019. Annualità 2019.

AUTODICHIARAZIONE

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.. 445/2000)

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ in qualità di *(legale rappresentante dell'ente (denominazione dell'ente):* _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la propria responsabilità:

a) di operare in base al proprio statuto a favore dei cittadini portatori di handicap;

b) di possedere una esperienza maturata nel quinquennio 2015-2019 di almeno due anni in materia di disabilità;

Anni di esperienza _____

Indicare: tipologia di servizio, date, enti coinvolti, destinatari e loro numero ecc...

b) di aver realizzato le seguenti attività nell'ambito delle proprie finalità statutarie:

1) Inclusione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con disabilità

Anni di esperienza _____

Indicare: tipologia di servizio, date, enti coinvolti, destinatari e loro numero ecc...

2) Tutela dei diritti civili e umani delle persone con disabilità attraverso interventi volti a garantire pari opportunità per le stesse

Anni di esperienza _____

Indicare: tipologia di servizio, date, enti coinvolti, destinatari e loro numero ecc...

3) Sostegno alla vita il più possibile indipendente delle persone con disabilità, alla loro autodeterminazione e deistituzionalizzazione

Anni di esperienza _____

Indicare: tipologia di servizio, date, enti coinvolti, destinatari e loro numero ecc...

4) Accessibilità delle persone con disabilità

Anni di esperienza _____

Indicare: tipologia di servizio, date, enti coinvolti, destinatari e loro numero ecc...

Data timbro e firma del legale rappresentante
