

Allegato 1 - Modello di domanda

PR CAMPANIA FSE+ 2021/2027

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA

“Avviso pubblico per la realizzazione di progetti volti alla promozione di uno stile di vite salutare e di una sana alimentazione”

Priorità 3 Inclusione Sociale - Ob. Specifico ESO 4.11 - Azione 3.k.7

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il ____/____/____, residente in _____, Via / Piazza _____ CAP _____, C.F. _____, in qualità di _____ legale rappresentante del soggetto capofila denominato _____, C.F. _____, P.IVA _____, con sede legale in _____, Via / Piazza _____, CAP _____, tipologia soggetto (barrare la casella di interesse):

- ☐ Azienda Sanitaria Locale
- ☐ Struttura Ospedaliera Pubblica
- ☐ Struttura Ospedaliera Privata accreditata con i seguenti estremi num. accreditamento/registro _____ del _____;

con riferimento all'Avviso pubblico approvato con Decreto Dirigenziale n.____del ____/____/____ avente ad oggetto “Avviso pubblico per la realizzazione di progetti volti alla promozione di uno stile di vite salutare e di una sana alimentazione” in attuazione della D.G.R. n.62 del 12/02/2025,

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione, per la realizzazione del progetto avente la seguente denominazione:

" _____ ".

Il costo totale della proposta è pari a:
€ _____

A tal fine dichiara di volersi costituire in ATS con i seguenti partner:

Componenti ATS

Denominazione _____ tipologia ente (barrare la casella di interesse)

- ☐ Azienda Sanitaria Locale
- ☐ Struttura Ospedaliera Pubblica
- ☐ Struttura Ospedaliera Privata accreditata con i seguenti estremi num. accreditamento/registro _____ del _____;
- ☐ Ente no profit non iscritto al RUNTS (si precisa che l'iscrizione al RUNTS deve essere perfezionata in caso di ammissione a finanziamento del progetto, entro la data di avvio delle attività)
- ☐ Ente del terzo settore iscritto al RUNTS numero di iscrizione _____

C.F. _____ P.IVA _____ con sede legale in _____ (____), via _____, n. _____ cap _____, e sede operativa in _____ Via _____ n. _____ cap _____
Rappresentato dal sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente in _____ via _____ n. _____ cap _____ CF _____
(DA RIPETERE PER OGNI SINGOLO PARTNER)

In alternativa alla costituzione in ATS, l'istante ASL /Struttura Ospedaliera Pubblica / Struttura Ospedaliera Privata accreditata, dichiara:

☐ la volontà di partecipare in forma singola, in conformità alle condizioni e alle finalità dell'Avviso.

Pertanto, allega la sottoelencata documentazione richiesta nell'Avviso:

- ☐ Dichiarazione unica come da format allegato n. 2;
- ☐ Piano economico allegato n.3
- ☐ Dichiarazione di impegno a costituirsi nella foma dell'ATS allegato n.4;
- ☐ Scheda di Progetto, in formato pdf, completa di tutti gli elementi riportati

nel format allegato n.5 in particolare, la scheda progettuale deve illustrare nel dettaglio le varie fasi di realizzazione, il cronoprogramma, l'articolazione, le modalità di realizzazione finanziaria e gestionale dell'intervento con il relativo quadro economico di dettaglio, la partecipazione da parte della/e Azienda/e Sanitarie Locali o della/e Strutture sanitarie private accreditate aderenti al progetto.

- ☐ Dichiarazione antimafia come da format allegato n. 6;
- ☐ Perizia estimativa giurata e/o asseverata da tecnico abilitato **da prodursi solo in caso di cofinanziamento immateriale;**

Dichiara, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente procedura si intenderà a tutti gli effetti ricevuta ed acquisita se trasmessa al seguente indirizzo di PEC

_____.

Luogo e data

Firma digitale del legale rappresentante
del Soggetto capofila
