



ALL. 1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore della SdS di Firenze
V.le della Giovine Italia n. 1/1
50122 Firenze

Domanda di partecipazione per lo svolgimento delle attività del PROGETTO "RETI TERRITORIALI E GIUSTIZIA RIPARATIVA" DI CUI ALLA DGR 747 del 27/06/2022

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ nella sua qualità di legale rappresentante dell'Ente denominato _____ con sede legale nel Comune di _____ via _____ n. _____ tel. _____ indirizzo e-mail _____ PEC _____ sito web _____ Codice Fiscale _____ con sede operativa (se diversa dalla sede legale) nel Comune di _____ via _____ n. _____ tel. _____ iscritta al Registro _____

[*apporre una X in corrispondenza*]

- organizzazioni di volontariato
 associazioni di promozione sociale

con atto n. _____ del _____;

CHIEDE

- a nome dell'Ente rappresentato di poter partecipare allo svolgimento delle attività AZIONE 1 e AZIONE 2 di cui al progetto RETI TERRITORIALI E GIUSTIZIA RIPARATIVA.

In caso di raggruppamento temporaneo (RTI) specificare:

- come mandatario
 come mandante

e tipologia di candidatura:

- candidatura attività AZIONE 1
 candidatura attività AZIONE 2

- Dichiara inoltre di autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente richiesta per le finalità istituzionali dell'Ente, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, di seguito "GDPR").

Al tal fine allega la seguente documentazione:

- copia dello statuto dell'Associazione;



- copia dell'atto costitutivo dell'Associazione;
 - copia di documento di identità in corso di validità del firmatario.
- Individua le seguenti figure incaricate di intrattenere i rapporti e le comunicazioni con la SdS inerenti il Progetto:
 - COORDINATORE PROGETTO
 - Nome e cognome: ____
 - Mail: ____
 - Recapito telefonico: ____

 - REFERENTE AMMINISTRATIVO
 - Nome e cognome: ____
 - Mail: ____
 - Recapito telefonico: ____

DICHIARA inoltre *[apporre una X in corrispondenza]:*

- di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa
INPS _____ matricola _____ sede di _____
INAIL _____ matricola _____ sede di _____
Altro Istituto: _____ ;
 Non tenuto
- di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
 Non tenuto
- di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: _____, n. fax _____
 Non tenuto
- di applicare al personale dipendente il contratto collettivo nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;
 Assenza di personale dipendente

Le comunicazioni di cui al presente Avviso dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica:

Invia, in allegato alla presente, la restante documentazione richiesta di cui all'Art. 6 dell'Avviso.

Luogo e data (firma del legale rappresentante) -----