***ALLEGATO A2***

Alla Società della Salute di Firenze

Viale della Giovine Italia n. 1

50122 Firenze

PEC: direttore@sds.firenze.it

|  |
| --- |
| **AVVISO PUBBLICO PER LA CO-PROGRAMMAZIONE DI ATTIVITÀ INNOVATIVE CONCERNENTI LA PROMOZIONE DI PRATICHE MOTORIE-SPORTIVE E/O LUDICO-RICREATIVE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE, NELL’AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE, ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017 e dell'art. 10 della legge regionale n. 65/2020**  **\*\*\*\*\***  ***ISTANZA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LE***  ***ASSOCIAZIONI SPORTIVE DILETTANTISTICHE*** |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA/CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con la presente manifesta il proprio interesse alla partecipazione alla co-programmazione di attività concernenti la promozione di pratiche motorie-sportive e/o ludico-ricreative delle persone con disabilità in generale e con diagnosi dello spettro autistico in particolare della Società della Salute di Firenze**

In relazione al suddetto Avviso il sottoscritto, ai sensi e nei modi di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445, e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall’art. 75 del medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di manifestare il proprio interesse in qualità di Legale Rappresentante di:

Associazione Sportiva Dilettantistica

2. che l’Associazione sportiva Dilettantistica da me rappresentata è iscritta al relativo Registro Nazionale del CONI con iscrizione al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3. che non sussistono situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;

4. di non essere incorso in alcuna delle seguenti condizioni:

* essere stato condannato per illecito sportivo;
* essere stato condannato da CONI, CIP e Federazioni Sportive Nazionali, Discipline Sportive Associate, Ente di Promozione Sportiva;
* essere stato sanzionato da CONI, CIP e Federazioni Sportive Nazionali, Discipline Sportive Associate, Ente di Promozione Sportiva

5. che tra le finalità dell’Associazione Sportiva Dilettantistica da me rappresentata è prevista l’attività di promozione dello sport inclusivo;

6. di avere una comprovata esperienza di almeno due anni (24 mesi) nell’attività di inclusione sociale e/o sportivo-motoria delle persone con:

A) *Disabilità*

*(indicare quali attività, il luogo e il periodo di svolgimento)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Descrizione dell’attività svolta*** | ***Luogo di svolgimento*** | ***Periodo di svolgimento*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



B) D*iagnosi di spettro autistico*

(indicare quali attività, il luogo e il periodo di svolgimento)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Descrizione dell’attività svolta*** | ***Luogo di svolgimento*** | ***Periodo di svolgimento*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. di proporre, coerentemente con i principi indicati nell’Avviso di co-programmazione, la realizzazione di attività di promozione della pratica motoria-sportiva e/o ludico-ricreativa di cui alla **relazione allegata** alla presente domanda per persone con:

[barrare l’ambito/gli ambiti per cui il candidato si

*A) Disabilità*

*B) Diagnosi di spettro autistico*

*[allegare per ciascun ambito per il quale il candidato manifesta interesse una* ***Relazione*** *di massimo 2 pagine che descriva la propria proposta secondo i criteri di cui all’art. 6 dell’Avviso]*

8. di osservare tutte le disposizioni di legge in materia di assicurazioni/polizza assicurativa per gli infortuni e tutte le disposizioni di legge relativamente all’utilizzo di volontari;

9. [*per chi propone attività per persone con diagnosi di spetto autistico]:*

*barrare la casella*

 di NON aver necessità di supporto formativo (*specificare strumenti e metodologie utilizzate per le attività di formazione degli operatori):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di aver necessità di supporto formativo

In relazione al suddetto Avviso il sottoscritto, in nome e per conto dell'Ente del Terzo settore

**DICHIARA ALTRESÌ**

10. di autorizzare al trattamento dei dati personali;

11. di rilasciare espressa liberatoria in favore dell’Amministrazione procedente in ordine ad eventuali responsabilità legate alla proprietà intellettuale delle proposte presentate;

12. di indicare i seguenti recapiti ai quali inoltrare le relative comunicazioni:

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). in materia di trattamento dati personali che:

1. il conferimento dei dati richiesti è indispensabile, pena esclusione, per l’espletamento della procedura AVVISO PUBBLICO PER LA CO-PROGRAMMAZIONE DI ATTIVITÀ CONCERNENTI LA PROMOZIONE DI PRATICHE MOTORIE-SPORTIVE E/O LUDICO-RICREATIVE PER PERSONE CON DISABILITÀ IN GENERALE E/O PER PERSONE CON DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE, NELL’AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE, ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo n. 117/2017 e dell'art. 10 della legge regionale n. 65/2020 per la Società della Salute di Firenze;
2. il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza;
3. il trattamento dei dati della manifestazione di interesse avverrà presso la SdS Firenze con l’utilizzo di procedure anche informatiche per perseguire le predette attività, compresa quella di richiesta di accesso agli atti di detta procedura e/o controlli;
4. che il titolare del trattamento cui può rivolgersi per l’esercizio dei citati diritti è la Società della Salute di Firenze e, in particolare, il Responsabile è il dott. Marco Nerattini, Direttore della Società della Salute.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_