*ALL. 7 DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ MORALE [si prega di compilarla digitalmente]*

**Oggetto: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO AI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE PER L’INSERIMENTO NELL’ELENCO DI EROGATORI DI PRESTAZIONI ATTINENTI A PRATICHE MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL’AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE, ai sensi dell'art. 55 comma 4 del decreto legislativo n. 117/2017 (CODICE CUP PROGETTO AUTISMO F19G23000380001)**

**SEZIONE I: DATI IDENTIFICATIVI**

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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto nel Registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEZIONE II: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

**MANIFESTA INTERESSE**

**A PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI CUI ALL’AVVISO IN OGGETTO in qualità di:**

1. [ ]  partecipante all’ATS (Associazione Temporanea di Scopo)

[ ]  costituita

[ ]  costituenda

con l’ETS CAPOFILA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. [ ]  partner
2. [ ]  sostenitore
3. [ ]  finanziatore

**SEZIONE III – DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

* di possedere la capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
* di non avere situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
* di avere la propria sede operativa dove si svolge l’attività nel territorio di Firenze o zone limitrofe;
* di possedere comprovata competenza nell'/e *ATTIVITÀ* per la quale viene presentata la candidatura;
* la conformità alla normativa vigente dei locali/impianti/strumentazione eventualmente messi a disposizione;
* di essere in possesso di tutte le autorizzazioni per lo svolgimento dell’attività e di non avere procedure sospensive, inibitorie o sanzionatorie in corso;
* di rispettare e applicare i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro CCNL di riferimento e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, sottoscritti dalle organizzazioni sindacali e datoriali maggiormente rappresentative a livello nazionale;
* il pieno rispetto all’attuazione all’interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 e l’autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nella presente richiesta per le finalità istituzionali dell’Ente secondo la normativa vigente;
* di garantire il rispetto della normativa sul collocamento obbligatorio ove applicabile;
* l’osservanza degli obblighi a tutela dei lavoratori e della sicurezza ai sensi del d.lgs. 81/08;
* l’adeguamento alle normative vigenti disposte dalle autorità competenti, adottando ogni cautela prevista dai protocolli sanitari in caso del ripresentarsi dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 o di altre patologie sanitarie incidenti sull’igiene e la salute pubblica;
* di fare ricorso a personale qualificato e adeguatamente formato nello svolgimento delle attività;

e infine **INDIVIDUA**

la seguente figura di riferimento per il Progetto:

* Nome e cognome: \_\_\_
* Mail: \_\_\_
* Recapito telefonico: \_\_\_

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

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante\*

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

*\* firma digitale oppure autografa allegando il documento di identità del firmatario*