



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

All. 1

Spett.le ASL TO4

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Oggetto: Domanda di partecipazione a procedimento di co-progettazione nell'ambito del Progetto Protezione Famiglie Fragili della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta per i residenti nel territorio dell'Asl To4. CUP E99G23000680003.

Il/la Sottoscritto/a.....
in qualità di legale rappresentante di.....
con sede in
Via/p.zza..... N. civ. C.A.P.....
PEC.....
MAIL.....
Telefono.....

in relazione all'Avviso pubblicato di cui all'oggetto, con la presente domanda intende chiedere di essere ammesso a partecipare al procedimento in oggetto.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm., consapevole delle responsabilità derivanti dall'aver reso dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. Natura giuridica:

- Associazione
- APS
- ODV
- Cooperativa sociale/Consorzio di cooperative sociali
- Impresa sociale (ai sensi dell'art. 4 D. Lgs. 117/17)
- Altro (specificare)

2. P.IVA.....C.F.....n.....iscrizione nel/i
Registro/i di appartenenza.....;

3. data iscrizione al RUNTS o domanda di trasmigrazione
n.....

4. di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso Pubblico

5. la presenza nel proprio Atto costitutivo e/o Statuto, di finalità e/o svolgimento di attività coerenti con l'oggetto del presente Avviso;
6. di voler partecipare al percorso di co progettazione in oggetto, richiamando il contenuto della proposta progettuale allegata;
7. di conoscere ed accettare senza riserva alcuna l'Avviso pubblicato ed i relativi allegati;
8. che non sussistono ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss. mm.;
9. di impegnarsi a comunicare al Responsabile del Procedimento della presente procedura qualsiasi modificazione relativa all'Ente dal sottoscritto rappresentato;
10. di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo indicato nella presente domanda;
11. di sollevare sin d'ora l'Amministrazione procedente da eventuali responsabilità correlate alla partecipazione ai tavoli di co-progettazione, anche in relazione al materiale ed alla documentazione eventualmente prodotta in quella sede;
12. di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;
13. di esonerare l'ente pubblico da ogni responsabilità legata alla relativa proprietà intellettuale nonché di consenso al trattamento e alla trasparenza dei medesimi progetti e proposte;
14. di autorizzare la Asl TO4 al trattamento dei dati relativi all'Ente dal sottoscritto rappresentato, ai fini dell'espletamento della presente procedura, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

A tal fine allega:

1. Documento di identità in corso di validità del legale rappresentante;
2. Copia Statuto/Atto costitutivo

Luogo _____ Data _____

FIRMA _____

* Il Documento va firmato digitalmente. In caso di firma autografa dovrà essere allegata copia di un documento di identità del soggetto dichiarante.
