



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

MODELLO DA RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE CHE RICHIEDE DI PARTECIPARE

All'Azienda Sanitaria Locale TO4
c.a. del Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Via Po 11
100343 Chivasso (TO)
direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it

Oggetto: Domanda di partecipazione a seguito di avviso pubblico di manifestazione di interesse per gli Enti del Terzo Settore (ETS), finalizzato alla co-progettazione di interventi nell'ambito del Piano Regionale di Screening Oncologici denominato "Prevenzione Serena" e del Piano Regionale di Prevenzione

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____
nato/a a _____ il _____
C.F. _____
in qualità di legale rappresentante dell'Ente del Terzo Settore denominato:
Denominazione ETS: _____
Sede legale: _____
Telefono / Email: _____
PEC: _____
Codice fiscale / P. IVA: _____
Iscritto al RUNTS in data _____ / sezione _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di manifestazione di interesse in oggetto

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

1. di essere legittimamente autorizzato alla presentazione della domanda;
2. che l'Ente possiede tutti i requisiti previsti dall'Avviso, art. 5:
 - ☐ Iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) in base al D.Lgs. 117/2017;
 - ☐ Sede operativa localizzata in Regione Piemonte;
 - ☐ Finalità statutarie in linea con gli obiettivi strategici (art. 3 dell'avviso);
 - ☐ Svolgimento di attività civiche, solidaristiche e di utilità sociale, svolte senza scopo di lucro, nel settore assistenziale e sanitario ed in particolare la promozione ed il supporto di iniziative dirette alla prevenzione e cura delle malattie oncologiche;
 - ☐ Svolgimento delle attività a titolo non oneroso, senza fini di lucro;
 - ☐ Formazione degli operatori e volontari in materia di screening oncologici e promozione della salute.
 - ☐ Dichiarazione resa dal/dalla legale rappresentante sul possesso dei requisiti di cui agli articoli 94 e 95 del D.Lgs n.36 del 2023 da attestarsi mediante dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante.
3. che non sussistono cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023;



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

4. di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni dell'Avviso pubblico.
5. che non sussistono ipotesi di conflitto di interesse, di cui alla legge n. 241/1990 e ss. mm.;
6. di impegnarsi a comunicare al Responsabile del Procedimento della presente procedura qualsiasi modificazione relativa all'Ente dal sottoscritto rappresentato;
7. 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;
8. 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;
9. di impegnarsi a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso del procedimento;
10. 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.

A tal fine allega:

1. Documento di identità in corso di validità del legale rappresentante;
2. Copia Statuto/Atto costitutivo
3. Scheda descrittiva del progetto proposto
4. Dichiarazione sul possesso dei requisiti generali (artt. 94 e 95 D.Lgs. 36/2023)

Luogo _____ Data _____

Firma del Legale Rappresentante

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