



ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Per l'individuazione degli Enti erogatori dei servizi nell'ambito dell'intervento "LA MIA ESTATE" - Voucher sociali destinati alla partecipazione di minori e giovani (dai 6 ai 17 anni) con disabilità alle attività estive (FNPS Annualità 2026)

Ambito Territoriale Sociale di Cirò Marina

Comune Cirò Marina capofila

Piazza Kennedy, 88811 Cirò Marina (Kr)

PEC : comune.ciromarina@asmepec.it

Il/La sottoscritto/a Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

telefono _____

e-mail _____

PEC _____

in qualità di

☐ Legale Rappresentante

☐ Presidente

☐ Amministratore

☐ Altro _____

dell'Ente

Denominazione _____

Forma giuridica _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Sede legale _____

Comune _____ CAP _____

Telefono _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso all'Avviso pubblico per l'iscrizione al **Catalogo degli Enti erogatori dei servizi** relativo all'intervento: **“LA MIA ESTATE”**

per l'erogazione di attività educative, ludico-ricreative, sportive e socio-assistenziali rivolte a minori e giovani con disabilità beneficiari dei voucher sociali.

A TAL FINE

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto,

DICHIARA

- ☐ che l'Ente è regolarmente costituito;
- ☐ che l'Ente possiede personalità giuridica ove prevista;
- ☐ che è in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico;
- ☐ che non sussistono cause di esclusione previste dalla normativa vigente;
- ☐ che è in regola con gli obblighi contributivi e previdenziali;
- ☐ che rispetta la normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- ☐ che rispetta la normativa sulla tutela della privacy (Reg. UE 679/2016);
- ☐ che dispone di personale qualificato per l'erogazione dei servizi;
- ☐ che dispone di locali e spazi idonei allo svolgimento delle attività;
- ☐ che garantisce l'accessibilità delle strutture alle persone con disabilità;

- ☐ che garantisce adeguata copertura assicurativa per utenti e operatori;
- ☐ che si impegna ad accettare integralmente le disposizioni contenute nell'Avviso
- ☐ che nell'oggetto del proprio statuto è prevista l'attività che intende erogare;

DICHIARA INOLTRE

di appartenere alla seguente categoria:

- ☐ Ente del Terzo Settore iscritto al RUNTS
- ☐ Cooperativa Sociale
- ☐ Associazione di Promozione Sociale
- ☐ Organizzazione di Volontariato
- ☐ Associazione Sportiva Dilettantistica
- ☐ Fondazione
- ☐ Impresa Sociale
- ☐ Operatore Economico
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Altro _____

Estremi di iscrizione

RUNTS n. _____

oppure

CCIAA n. _____

oppure

Albo Cooperative n. _____

oppure

Ordine Professionale _____

Data iscrizione _____

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ CHE SI INTENDONO REALIZZARE

DESTINATARI MINORI E GIOVANI CON DISABILITÀ

Fascia di età

- ☐ 6-10 anni
☐ 11-14 anni
☐ 15-19 anni

PERSONALE IMPIEGATO

Figura professionale N. operatori

Educatori Professionali	_____
OSS	_____
Psicologi	_____
Assistenti Sociali	_____
Altro	_____

CAPACITÀ RICETTIVA

Numero massimo di beneficiari accoglibili _____

Periodo di apertura

dal _____

al _____

Orari di svolgimento _____

L'ENTE SI IMPEGNA A

- garantire l'effettiva inclusione dei beneficiari;
- assicurare la presenza di personale qualificato;
- predisporre i registri delle presenze;
- consentire i controlli dell'Ambito Territoriale;
- rispettare tutte le prescrizioni dell'Avviso pubblico;
- presentare la rendicontazione nei termini stabiliti.

ALLEGA

- ☐ copia documento d'identità del legale rappresentante;
- ☐ certificato/iscrizione RUNTS, CCIAA o Albo di riferimento;
- ☐ curriculum dell'Ente;
- ☐ relazione illustrativa delle attività;

- ☐ elenco del personale con curriculum e relative qualifiche;
- ☐ polizza assicurativa;
- ☐ DURC (ove previsto);
- ☐ dichiarazione sostitutiva dei requisiti;
- ☐ informativa privacy sottoscritta;
- ☐ altra documentazione ritenuta utile.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e presta il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità connesse alla presente procedura.

☐ Acconsento

Luogo _____

Data _____

Il Legale Rappresentante

(Firma digitale oppure firma autografa corredata da documento di identità)