

ALLEGATO 1

All' Ufficio di piano del Comune
Capofila del Distretto Socio Sanitario 33
Cefalù

Pec: protocollo@pec.comune.cefalu.pa.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ADESIONE ALLA "RETE TERRITORIALE PER LA PROTEZIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE" DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.33 – CEFALU'

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ C.F. _____
nella qualità di _____ (presidente, direttore, amministratore, legale rappresentante altro), rappresentante dell'Ente _____
presente/operante nell'ambito nel Distretto Socio Sanitario n.33 (dimensione: comunale - provinciale – regionale - nazionale)
con sede a _____ Via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____
PEC: _____

Tipologia Ente:

- Associazione di II livello
- Associazione di III livello
- Enti e associazioni in rappresentanza dei beneficiari degli interventi e dei servizi sociali

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad essere ammesso alla **Rete per la protezione e l'inclusione sociale** del Distretto Socio Sanitario n. 33 (Comune di Cefalù, Lascari, Collesano, Campofelice di Roccella, Gratteri, Isnello, Castelbuono, Pollina, San Mauro Castelverde).

Intende partecipare ai seguenti tavoli tematici:

- Famiglia – Minori – Anziani**
- Disabilità e Non autosufficienza,**
- Povertà ed Esclusione Sociale**

Indica come referente a partecipare alla **Rete per la Protezione e l’Inclusione Sociale** per il Distretto Socio Sanitario 33

il sig./dott. _____

C.F. _____ cell. _____

e-mail _____ pec _____

DICHIARA

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

di aver preso visione ed accettare:

- quanto disciplinato nell’Avviso Pubblico Distrettuale;
- che la Manifestazione di Interesse non comporta l’automatico inserimento nella Rete Territoriale per la Protezione e l’Inclusione Sociale;
- Che la “Rete” sarà composta e regolamentata attraverso specifico atto del Comitato dei Sindaci, una volta selezionati i componenti della stessa rete giusta specifica acquisizione di manifestazione di interesse;
- di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario n. 33, all’atto di composizione della “Rete” potrà richiedere ulteriore documentazione attestante i requisiti richiesti nell’Avviso Pubblico Distrettuale;
- di essere a conoscenza che i dati forniti saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679);

Si impegna in qualità di Ente del Terzo Settore, ad adeguarsi alle disposizioni previste nel Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117) e iscriversi al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), nel rispetto della tempistica prevista in sede nazionale e regionale.

FIRMATO
IL LEGALE RAPPRESENTANTE/ALTRO
(indicare la carica sociale ricoperta)

timbro dell’Ente _____

Allega alla manifestazione di interesse:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Curriculum dell’Ente che Rappresenta;