

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Spett.le
ASP AMBITO 9
Via Gramsci, 95
60035 – Jesi (AN)

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO/ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE/FONDAZIONI PER IL SERVIZIO DI ACCOGLIENZA POST DIMISSIONE OSPEDALIERA DELLE PERSONE SENZA FISSA DIMORA NEL'AMBITO DEL PROGETTO PNRR 1.1.3 "RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA': LE DIMISSIONI PROTETTE E LA PREVENZIONE DEL RICOVERO OSPEDALIERO NEGLI ATS DELLA PROVINCIA DI ANCONA"

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (____) il _____ codice fiscale _____

In qualità di legale rappresentante della Società

Con sede in _____ (____) in via _____

Partita IVA/CF _____ Tel. _____

e-mail _____ PEC: _____

In relazione al suddetto avviso il sottoscritto, ai sensi e nei modi di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo DPR 28.12.2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. L'esperienza maturata nella gestione dell'attività di cui al presente avviso:

| ACCOGLIENZA DI PERSONE SENZA FISSA DIMORA | PERIODO: DAL AL |
|--|-----------------------------------|
| | |
| | |
| | |

2. Numero delle persone impiegate a vario titolo nell'accoglienza di persone senza fissa dimora, di cui al presente avviso:

| NUMERO DEI VOLONTARI/ DIPENDENTI IMPIEGATI A VARIO TITOLO NELL'ATTIVITA' | POSSESSO REQUISITI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE PER SVOLGIMENTO ATTIVITA' (SI/NO) |
|---|--|
| | |

3. Organizzazione dell'ETS e/o dell'accoglienza di persone senza fissa dimora:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Si allega copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore o di un documento di riconoscimento equipollente (ai sensi dell'art. 35, comma 2, del DPR 28/12/2000, n. 445)