**ALLEGATO 1 A) Domanda di partecipazione (*ETS singolo*)**

Spett.le ASP AMBITO 9

U.O. DISABILITA’

Via A. Gramsci, 95

60035 – Jesi (AN)

PEC: [asp.ambitonove@emarche.it](mailto:asp.ambitonove@emarche.it)

**OGGETTO: AVVISO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE CON CUI AVVIARE UNA COPROGETTAZIONE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE DI DURATA BIENNALE DAL 01/08/2023 AL 31/07/2025.**

***DOMANDA DI PARTECIPAZIONE***

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_, in qualità di**[[1]](#footnote-1)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del soggetto concorrente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con natura giuridica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_, Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail/PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla procedura di cui in oggetto quale:

□ **Singolo soggetto** concorrente

Con la presente dichiara di partecipare per i seguenti servizi (*BARRARE OBBLIGATORIAMENTE ALMENO UNO DEI SERVIZI SOTTO RIPORTATI A PENA ESCLUSIONE. È POSSIBILE BARRARE TUTTE LE CASELLE*):

□ Trasporto e accompagnamento disabili inseriti dai servizi specialistici in centri diurni socio-educativi o in centri diurni riabilitativi situati nel territorio dell’Ambito IX o, laddove si necessiti, e previa autorizzazione alla frequenza da parte delle unità multidisciplinari sanitarie o enti accreditati, verso strutture con sedi ubicate in comuni fuori dell’Ambito IX (entro la provincia di Ancona);

□ Trasporto e accompagnamento disabili dalla residenza (o domicilio) al luogo di lavoro;

□ Trasporto accompagnamento disabili dalla residenza (o domicilio) verso gli istituti scolastici dove risultano iscritti;

□ Solo servizio di trasporto (con mezzo e autista);

□ Solo servizio di accompagnamento;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(o il procuratore)

(*timbro e* *sottoscrizione autografa in originale*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allegati alla presente (a pena d'esclusione):*

* *copia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.*
* *lo STATUTO dell’ENTE;*
* *in caso di sottoscrizione da parte di procuratore allegare procura generale o speciale, in originale o in copia autenticata.*

1. Specificare il titolo del dichiarante (carica ricoperta: legale rappresentante, procuratore) [↑](#footnote-ref-1)