

**ALLEGATO 1 B) Domanda di partecipazione (ETS in composizione plurisoggettiva)**

Spett.le ASP AMBITO 9  
U.O. DISABILITA'  
Via A. Gramsci, 95  
60035 – Jesi (AN)  
PEC: 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<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
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 (*barrare il caso ricorrente*):

☐ in **composizione plurisoggettiva** (*barrare il caso ricorrente*):

☐ costituita (allegare inoltre atto costitutivo/accordo)

☐ costituenda

*In qualità di (barrare solo se Ente capofila):*

☐ **Ente Capofila (specificare denominazione: \_\_\_\_\_)**

INDICARE di seguito le generalità dei soggetti aggregati all'Ente Capofila (ragione sociale, indirizzo, codice fiscale/partita IVA, PEC, Mail, telefono e referente):

1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Specificare il titolo del dichiarante (carica ricoperta: legale rappresentante, procuratore)

2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 accompagnamento disabili inseriti dai servizi specialistici in centri diurni socio-educativi o in centri diurni riabilitativi situati nell'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 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

**ENTE CAPOFILA**

(o il procuratore)

*(timbro e sottoscrizione autografa in originale)*

\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**ENTE AGGREGATO 1**

(o il procuratore)

*(timbro e sottoscrizione autografa in originale)*

\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**ENTE AGGREGATO 2**

(o il procuratore)

*(timbro e sottoscrizione autografa in originale)*

---

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**ENTE AGGREGATO 3**

(o il procuratore)

*(timbro e sottoscrizione autografa in originale)*

---

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**ENTE AGGREGATO 4**

(o il procuratore)

*(timbro e sottoscrizione autografa in originale)*

---

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

**ENTE AGGREGATO 5**

(o il procuratore)

*(timbro e sottoscrizione autografa in originale)*

---

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

- Se **composizione plurisoggettiva** costituita: copia dell'atto costitutivo/accordo (es. contratto di servizio);
- Se **composizione plurisoggettiva** costituenda: dichiarazione di impegno a costituire formalmente il raggruppamento, indicando il soggetto capofila e il/i soggetto/i aggregato/i;
- copia non autenticata del **documento di identità** dei sottoscrittori in corso di validità.
- lo **STATUTO dell'Ente Capofila e di tutti gli Enti Aggregati**;
- in caso di sottoscrizione da parte di procuratore allegare procura generale o speciale, in originale o in copia autenticata.