

MODELLO A

**RICHIESTA DI INVITO A PARTECIPARE
AL PROCEDIMENTO DI COPROGRAMMAZIONE IN RELAZIONE
AGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**
(su carta intestata del soggetto proponente)

All'Ufficio di Piano
Distretto Socio Sanitario LT/5
Comune Capofila GAETA
PEC: distrettosociosanitariolt5@comune.gaeta.lt.it

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
codice fiscale _____ in qualità di _____

del seguente soggetto giuridico (barrare la casella appropriata):

- organizzazione di volontariato;
- associazione di promozione sociale;
- ente filantropico;
- impresa sociale;
- cooperativa sociale;
- rete associativa;
- società di mutuo soccorso;
- associazione, riconosciuta o non riconosciuta;
- fondazione;
- altro ente di carattere privato diverso dalle società (specificare):
_____;
- ASL;
- centro per l'impiego;
- SILD;
- scuola;
- altro ente pubblico del territorio distrettuale (specificare):
_____.

che l'ente rappresentato dal sottoscritto intende mettere a disposizione le seguenti risorse e competenze (max 5 righe):

che la persona incaricata a partecipare alle attività del tavolo di coprogrammazione per conto dell'ente dal sottoscritto rappresentato è (allegare il relativo curriculum vitae):

il/la Sig. /Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

recapito telefonico: _____ e-mail: _____

ruolo/incarico nell'ente: _____

di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679, esclusivamente nell'ambito della procedura regolata dall'avviso;

di autorizzare il conferimento dei suddetti dati.

ALLEGA

copia del documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante;

copia dell'atto costitutivo e dello statuto del soggetto proponente;

curriculum del soggetto proponente, sottoscritto dal legale rappresentante.

Luogo e data _____

Il/la dichiarante

(timbro e firma)

