

**Alla**  
**SOCIETA' DELLA SALUTE PRATESE**  
**Via Roma 101**  
**59100 PRATO**  
**sdsareapratese@legalmail.it**

**LETTERA DI ADESIONE DEI SOGGETTI SOSTENITORI**

*Dichiarazioni sostitutive di certificazioni o sostitutive di atto di notorietà  
(artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. e i.)*

***Avviso per la presentazione di manifestazione di interesse alla costituzione di una Associazione Temporanea di Scopo (ATS) con la Società della Salute Pratese nel ruolo di soggetto capofila, Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità. Avviso Regione Toscana – DD 12541 del 06.06.2024 a valere su PR FSE+ 2021-2027, Attività PAD 3.h.1, Inclusione attiva e miglioramento dell’occupabilità di persone in carico ai servizi socio sanitari territoriali - svantaggiati***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_, in qualità di (carica sociale)

\_\_\_\_\_ autorizzato a rappresentare legalmente il seguente soggetto giuridico:

\_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_

sede operativa \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ posta elettronica \_\_\_\_\_

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**INDIRIZZO AL QUALE INVIARE LE COMUNICAZIONI**  
- DOMICILIO ELETTO PRESSO IL QUALE RICEVERE LE COMUNICAZIONI TRAMITE EVENTUALE RACCOMANDATA CON AVVISO DI RICEVIMENTO O MEDIANTE NOTIFICAZIONE:  
\_\_\_\_\_

- INDIRIZZO DI PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)					
_____ -					
- INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA: _____					
-REFERENTE	PER	LA	PROCEDURA:	COGNOME	E NOME
_____					

**DATI GENERALI**

RAGIONE/DENOMINAZIONE SOCIALE E FORMA GIURIDICA:

FORMA GIURIDICA \_\_\_\_\_

- CHE LA PERSONA DELEGATA A RAPPRESENTARE ED IMPEGNARE LEGALMENTE IL SOGGETTO E' :

NOME E COGNOME	INDIRIZZO MAIL	TELEFONO

SETTORE DI ATTIVITA' PREVALENTE

SETTORE DI ATTIVITA' SECONDARIA

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di progettazione partecipata di **Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità. Avviso Regione Toscana – DD 12541 del 06.06.2024 a valere su PR FSE+ 2021-2027, Attività PAD 3.h.1, Inclusione attiva e miglioramento dell'occupabilità di persone in carico ai servizi socio sanitari territoriali - svantaggiati**

Che in caso di ammissione il sottoscritto si impegna a:

- a partecipare a tutti i tavoli di progettazione partecipata secondo il calendario fissato dalla SdS Pratese specificato nel testo dell'Avviso all'art.13;
- approvare specifiche regole di autoregolamentazione dell'attività ai tavoli di progettazione partecipata;
- a collaborare attivamente alla stesura del progetto.

**DICHIARA INOLTRE**

- Di avere preso integrale ed accurata visione e di accettare senza condizione o riserva alcuna le condizioni contenute nell'avviso;
- Di accettare di partecipare, se selezionato, al tavolo di progettazione partecipata, a tutte le condizioni riportate nell'avviso;
- Di possedere competenza specifica o esclusiva sul target oggetto del presente Avviso

- Di svolgere , in caso di approvazione del progetto le seguenti attività e funzioni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- che la persona incaricata di partecipare ai lavori del Gruppo di progettazione è (di cui si allega curriculum): (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_), Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;
- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec \_\_\_\_\_;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 679/2016 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

### S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

*Ai sensi dell'art.38,comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 , per la validità della presente istanza deve essere allegata copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore. Pertanto non è necessaria la autenticazione della sottoscrizione.*

*Nel caso in cui la firma sociale sia stabilita in maniera congiunta, la sottoscrizione del presente modello deve essere effettuata, a pena di esclusione, da tutti i legali rappresentanti della Impresa In tal caso le copie dei documenti di identità, allegate in luogo della autentica delle sottoscrizioni, dovranno essere presentati per tutti i firmatari.*

*Il sottoscrittore, in caso di falsità o dichiarazione mendace, è sottoposto alle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. n. 445/2000.*