SPETT.LE UNIONE COLLINE MATILDICHE

P.ZZA DANTE N. 1

46020 QUATTRO CASTELLA (RE)

unione@pec.collinematildiche.it

AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI UN’ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO/ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE CUI FAR ESPLETARE IL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO E TRASPORTO DI PERSONE DISABILI RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL’UNIONE COLLINE MATILDICHE (RE) – PERIODO 01.07.2024-30.06.2027 LE LINEE GUIDA DI CUI ALLA DGR 21 DICEMBRE 2016, N. 2230 IN MATERIA DI “ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE”

Il sottoscritto……………………………………..nato a…………………………………Prov…………………………….il…………………………….in qualità di…………………………………….dell’Organizzazione di Volontariato/APS…………………………………………………………… con sede legale in via/p.zza………………………………….n………………………………..Comune………………….Prov………………….tel……………………….Email…………………………………………….PEC…………………………………………………C.F./P.IVA……………………………………………………………………….

**PRESENTA**

La propria candidatura per la manifestazione d’interesse di cui in oggetto.

**DICHIARA**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole della responsabilità cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, di cui all’art. 76 del medesimo decreto:

1. l’assenza delle circostanze che determinano l’incapacità a contrarre con la P.A.;
2. che l’Organizzazione di Volontariato/APS è regolarmente iscritta al Registro unico nazionale del Terzo settore da almeno 6 mesi (indicare il data e numero di iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. di possedere adeguata esperienza in tipologie di servizi analoghi per almeno un triennio. Si chiede di specificare il tipo di servizio svolto, periodo e ente committente

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

1. di avere la disponibilità di un numero di mezzi, debitamente omologati per il trasporto di n. 17 disabili in condizioni di gravità ed in regola rispetto alle norme vigenti, adeguato al numero dei fruitori quantificato da codesto Ente;
2. di poter contare su un contingente di risorse umane adeguato all’Entità del Servizio in oggetto;
3. di avere una sede operativa all’interno dei territori dell’Unione Colline Matildiche
4. di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento;

Le comunicazioni inerenti il presente procedimento possono essere indirizzate alla sede legale dell’Organizzazione al seguente indirizzo di posta elettronica…………………………………………………………………………..

Luogo……………………..Data……………………………………………..

 Firma del legale rappresentante

Allegati:

1. copia carta d’identità sottoscrittore;
2. copia dello Statuto dell’Organizzazione di Volontariato/APS;