

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com

PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

Tel 095/7447121

**ISTANZA DI ADESIONE PER COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST DI ENTI DISPONIBILI
A REALIZZARE PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD "NUOVE POVERTA'"**

Soggetto Proponente

Denominazione o ragione sociale _____

Codice ATECO _____ N. d'iscrizione CCIAA _____

Luogo e data d'iscrizione _____

Descrizione attività _____

Indirizzo sede legale _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e mail _____

Pec _____

Si dichiara disponibile a realizzare progetti di sostegno a favore delle cd "nuove povertà", come meglio definite nelle linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19, e a tal fine

CHIEDE

L'iscrizione alla long list degli Enti Gestori dei progetti a favore delle cd "Nuove Povertà", di cui al Piano di Zona 2018/2019

A tal fine dichiara che:

può assicurare ai beneficiari la fruizione di idonea soluzione alloggiativa, anche in gruppi appartamento, comprensiva di utenze di luce ed acqua, in strutture che garantiscono una dignitosa sistemazione al beneficiario/a, la possibilità di fruire sia di spazi privati che di spazi comuni, dovrà essere



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

dotata di cucina e servizi. In particolare comunica che la/le struttura/e abitative da mettere a disposizione sono le seguenti:

1) Tipologia (gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) _____ -

Indirizzo: Via _____ n. _____ Comune di _____

N° POSTI LETTO DISPONIBILI _____, N° STANZE _____ N° SERVIZI COMUNI _____

N° SERVIZI IGIENICI _____.

2) Tipologia (gruppo appartamento, appartamento singolo, ecc.) _____ -

Indirizzo: Via _____ n. _____ Comune di _____

N° POSTI LETTO DISPONIBILI _____, N° STANZE _____ N° SERVIZI COMUNI _____

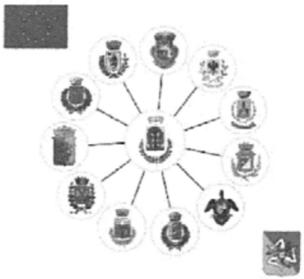
N° SERVIZI IGIENICI _____.....

E' altresì disponibile ad attivare tali ulteriori servizi a favore del beneficiario, sempre nel limite del valore del voucher riconosciuto, nei seguenti ambiti:

TIPOLOGIA DI INTEVENTO	SI	NO
politiche attive di ricerca di una attività lavorativa		
strumenti volti al superamento del gap economico		
inserimento in liste di collocamento		
inserimento in corsi di formazione professionale		
spese per cure mediche		
sostegno alimentare		
riqualificazione professionale		
misure volte a garantire il sostegno morale, psicologico e motivazionale dei beneficiari		
Spese trasporto (biglietti mezzi pubblici/ buoni benzina, ecc.)		
Altro (specificare)		

A tal fine dichiara di rendersi disponibile a fornire al Comune di Gravina di Catania tutte le informazioni e/o integrazioni richieste ai fini dell'espletamento delle attività istruttorie.

Dichiara altresì di prestare specifico consenso al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, nei limiti dell'oggetto della presente procedura



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Si allegano alla presente certificazione sul possesso dei requisiti e documento di identità del legale rappresentante

Luogo Data _____

Timbro e Firma _____

PROGETTI DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE CD "NUOVE POVERTA'
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre
2000, n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a _____, Cap _____, in qualità di legale rappresentante

de _____

Con sede legale in _____,

via _____, P. IVA _____ al fine

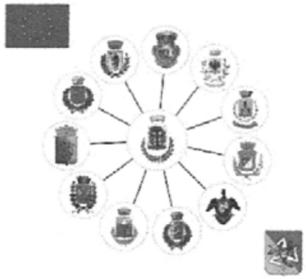
di poter essere iscritto alla long list degli Enti Gestori chiamati a gestire progetti di sostegno a favore

delle cd "nuove povertà", come da Piano di Zona 2018/2019 del Distretto Socio Sanitario 19

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

1. Di essere in regola con la normativa sulla salute e sulla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui art D. Lgs.n. 81/2008 e successive modifiche,
2. Di essere in regola con la normativa di cui alla l. 68/99 e successive modifiche;
3. Che l'azienda risulta regolarmente iscritta presso C.C.I.A.A al n. _____.
4. Che l'azienda si trova nel pieno e libero esercizio di tutti i suoi diritti e non si trova in stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione attività;
5. Di essere in regola con l'applicazione del CCNL;
6. Di non essere destinataria di provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'applicazione delle



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

sanzioni amministrative di cui al D.L. 8 giugno 2001, n. 23;

7. Di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 80 D.Lgs. 50/2016;
8. Di essere in regola rispetto agli obblighi di pagamento dei contributi assicurativi-previdenziali (DURC);
9. Di garantire che l'attività del tirocinante sia coerente con il piano formativo;

L'Azienda esprime il consenso previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003. N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento dei dati che la riguardano per le finalità istituzionali.

L'azienda dichiara inoltre di aver preso visione ed accettato le linee guida emanate dal Distretto Socio Sanitario 19 a regolamentazione della materia.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

N. B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Nel caso di delega, unire all'atto di delega, la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, sia del delegato che del delegante.