

**Direzione regionale Istruzione, Formazione  
e Politiche per l'Occupazione**

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021- 2027

Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale"

Regolamento (UE) n. 2021/1060

Regolamento (UE) n. 1057/2021

**Priorità 3 "Inclusione Sociale" –**

**Obiettivo specifico k) migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendo l'accesso alla protezione sociale, prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, anche per le persone con disabilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata. ESO4.II**

Avviso Pubblico "INSIEME PER FARE": realizzazione di servizi per la promozione dell'inclusione, del benessere e per l'invecchiamento attivo delle persone anziane

## **ALLEGATO A: MODELLI**

<b>MODELLO 01:</b>	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO</b>
<b>MODELLO 02 a:</b>	<b>DICHIARAZIONE</b>
<b>MODELLO 02 b:</b>	<b>DICHIARAZIONE</b>
<b>MODELLO 03:</b>	<b>DICHIARAZIONE D'INTENTI PER LA COSTITUZIONE DI ATS</b>

## MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

il

residente in

via

CAP

C.F.

in qualità di legale rappresentante del soggetto proponente o del Capofila (Mandataria) dell'ATS costituita o costituenda composta da:

Riportare i dati della Capofila (Mandataria)

C. F

P. IVA

con sede legale in

Via

CAP

C.F

*in riferimento all' INSIEME PER FARE<sup>1</sup>: realizzazione di servizi per la promozione dell'inclusione, del benessere e per l'invecchiamento attivo delle persone anziane di cui alla Determinazione Dirigenziale*

n.°

del

### CHIEDE

che la Proposta di progetto avente per Titolo:

Venga ammessa a finanziamento.

Il sottoscritto dichiara che la documentazione richiesta è all'interno dell'allegato che è composto da

n.°

pagine compresa la presente.

**Il sottoscritto dichiara, inoltre, di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui all'Avviso pubblico sopracitato, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificato**

**PEC:** .....

Data

Firma del legale rappresentante<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Allegare fotocopia del documento di riconoscimento o in alternativa l'obbligo di presentazione del documento di riconoscimento in corso di validità assolto implicitamente con l'apposizione della firma digitale, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 38 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e art. 65, comma 1, lett. a) del D.Lgs 82/2005 e s.m.i..

## MODELLO 02a: DICHIARAZIONE (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Deve essere compilata e sottoscritta dal Legale rappresentante del soggetto proponente o del Capofila (Mandatario) dell'ATS costituita o costituenda

Il sottoscritto			
nato a		il	
residente in		via	
CAP		C.F.	

in qualità di legale rappresentante del soggetto proponente o del Capofila (Mandatario) dell'ATS costituita o costituenda composta da:

Riportare qui sotto i dati del soggetto proponente o del Capofila (Mandatario)

Denominazione			
C. F.		P. IVA	
con sede legale in		via	
CAP			

Presentatore del progetto

A valere sull' "INSIEME PER FARE": realizzazione di servizi per la promozione dell'inclusione, del benessere e per l'invecchiamento attivo delle persone anziane" di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.° del

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;

che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;

di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori

e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse;

di rispettare i CCNL e gli accordi territoriali di riferimento in materia di trattamenti retributivi;

#### In riferimento alla normativa relativa al terzo settore

di essere un soggetto del terzo settore di cui all'art. 4, comma 1 del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore), iscritto nel Registro \_\_\_\_\_

**In riferimento all'art. 67 del D.lgs n. 159/2011 in materia di antimafia:**

che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159/2011.

**In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili**

di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15;

di non essere soggetto in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/1/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;

di essere tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano l'inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse.

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

---

## MODELLO 02b: DICHIARAZIONE (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Da compilare dal Componente (Mandante) dell'ATS (replicare il modello per ogni Componente)

Il sottoscritto			
nato a		il	
residente in		via	
CAP		C.F.	

in qualità di legale rappresentante del soggetto componente (mandante) dell'ATS costituita o costituenda composta da

--

Riportare qui sotto i dati del soggetto componente (Mandante)

Denominazione			
C. F.		P. IVA	
con sede legale in		via	
CAP		C.F.	

Presentatore del progetto	
---------------------------	--

A valere sull' "INSIEME PER FARE": realizzazione di servizi per la promozione dell'inclusione, del benessere e per l'invecchiamento attivo delle persone anziane" "di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.°		del	
-----	--	-----	--

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;

che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;

di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori

e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse;

di rispettare i CCNL e gli accordi territoriali di riferimento in materia di trattamenti retributivi;

#### In riferimento alla normativa relativa al terzo settore

di essere un soggetto del terzo settore di cui all'art. 4, comma 1 del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore), iscritto nel Registro \_\_\_\_\_

comma 2 del Codice, il requisito dell'iscrizione al Registro Unico Nazionale del terzo settore può intendersi soddisfatto da parte degli enti anche

**In riferimento all'art. 67 del D.lgs n. 159/2011 in materia di antimafia:**

che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159/2011.

**In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili**

di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15;

di non essere soggetto in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18/1/2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione;

di essere tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano l'inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse.

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

## MODELLO 03: DICHIARAZIONE D'INTENTI PER LA COSTITUZIONE ATS

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante della \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ mandatario dell'ATS intenzionale composta da \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, avente sede legale in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Prov \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante della \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ avente sede legale in \_\_\_\_\_

(Aggiungere Soggetto se necessario)

### PREMESSO

- che la Regione Lazio ha approvato con determinazione dirigenziale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ l'“INSIEME PER FARE”: realizzazione di servizi per la promozione dell'inclusione, del benessere e per l'invecchiamento attivo delle persone anziane”.
- che il suddetto Avviso disciplina l'accesso ai finanziamenti a valere sul PR FSE+ Lazio2021/2027;
- che per la costituzione di ATS, i soggetti coinvolti sottoscrivono e allegano, una Dichiarazione di impegno volta alla costituzione dell'ATS, nel caso di approvazione del progetto presentato.

### SI IMPEGNANO

- a costituirsi in un \_\_\_\_\_ (utilizzare la dizione opportuna: ATS), ai sensi degli artt. 1703 e seguenti del codice civile, entro e non oltre 30 gg. dall'avvenuta approvazione del progetto presentato e prima dell'avvio delle attività finanziate;
- a indicare quale futuro Capofila del \_\_\_\_ il/la \_\_\_\_\_
- a conferire al Capofila, con l'atto di ATS (indicare), mandato speciale collettivo con rappresentanza;

### DICHIARANO

- che la suddivisione tra i componenti l'ATS avverrà secondo la seguente ripartizione:

Soggetto	Partecipazione finanziaria		Ruoli e competenze nelle attività progettuali <small>(indicare se mandataria o mandante e azioni di competenza del soggetto)</small>
	euro	%	

Data \_\_\_\_\_

Per la \_\_\_\_\_

Timbro della struttura e firma del legale rappresentante (con fotocopia documento di riconoscimento)

Per la \_\_\_\_\_

Timbro della struttura e firma del legale rappresentante (con fotocopia documento di riconoscimento)

*(Aggiungere Soggetto se necessario)*