

Modello di domanda

(su carta intestata Ente)

*“Programma di intervento della Regione Lazio per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID 19 negli Istituti Penitenziari finanziato dalla Cassa delle Ammende”*

Alla REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE PER L'INCLUSIONE

Area Famiglia, Minori e Persone Fragili

Pec: [inclusione.fragilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:inclusione.fragilita@regione.lazio.legalmail.it)

Il/la sottoscritto/a.....

in qualità di Rappresentante Legale di .....,

(se ETS) iscritto nel registro regionale al n.... del..... o iscritto nel registro nazionale n. del.....

(se ASP) istituita con delibera di giunta regionale n.... del .....

(se ATS) costituita con atto n. .... del ..... con capofila .....

presenta domanda di partecipazione all'Avviso *“Programma di intervento della Regione Lazio per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID 19 negli Istituti Penitenziari”*.

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i sotto la sua personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, civili e amministrative cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci;

che l'ente è attivo, se iscritto al registro delle imprese;

che lo stesso non si trova in stato di liquidazione coatta o volontaria, né in stato di sospensione dell'attività commerciale e non ha in corso alcun procedimento accertativo di tali situazioni;

che nei confronti del legale rappresentante e degli amministratori non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'articolo all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 e s.m.i.;

che non è incorso in sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2, lett. c), del d.lgs. n. 231/2001 e s.m.i., o di altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;

che è in regola con la normativa in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale e applica al personale dipendente il CCNL di categoria e possiede i seguenti dati di posizione assicurativa

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

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

Che è esente dall'obbligo di iscrizione all'INPS/INAIL (indicare la motivazione\_\_\_\_\_);

che è in regola con le norme previste dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili;

che è in regola con la normativa in materia di imposte e tasse;

che è in regola con la normativa edilizia ed ambientale;

che è in regola con le norme di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;

che le soluzioni alloggiative messe a disposizione sono conformi alla normativa nazionale e regionale vigente;

Allega una relazione progettuale, sottoscritta dal legale rappresentante dell'Ente/APS, contenente:

- Numero di posti letto messi a disposizione per l'accoglienza dei detenuti da ammettere ai benefici alternativi alla pena e al progetto di inclusione, con indicazione della/e struttura/strutture in cui viene proposta l'accoglienza, e della capacità di accoglienza complessiva della struttura;
- Caratteristiche della struttura e del servizio di accoglienza proposti (dimensione, organizzazione alloggiativa, servizi interni, attitudine al rispetto delle norme di prevenzione del rischio di contagio covid);
- Proposta organizzativa per la gestione delle misure anticontagio (per garantire distanziamento tra i coabitanti e eventuale isolamento nei casi previsti);
- Esperienza del soggetto proponente, ed eventualmente dei partner, nel settore dell'inclusione sociale dei detenuti;
- Descrizione delle attività di sostegno ed inclusione a favore dei detenuti accolti, finalizzati all'accompagnamento all'autonomia abitativa, all'autonomia lavorativa, all'accesso a strumenti e istituti di sostegno al reddito, ove spettanti; e alla eventuale ricostruzione dei legami familiari.

Allega copia documento identità del legale rappresentante

Il sottoscritto è consapevole che la rendicontazione della spesa dovrà avvenire entro 90 giorni dalla fine del progetto.

Il sottoscritto è consapevole che, per le spese sostenute, dovrà conservare i giustificativi delle stesse ed esibirli in caso di controllo anche a campione.

Il sottoscritto è consapevole che in sede di verifica amministrativo-contabile, tutte le spese effettivamente sostenute dovranno risultare giustificate da fatture quietanzate o documenti contabili di valore probatorio equivalente, pena la revoca del finanziamento.

Il sottoscritto si impegna ad osservare tutte le disposizioni previste dall'Avviso.

Data\_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante (timbro) (Firma leggibile)