



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484
Via P. Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN
LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 - Fax 0558451414 - e-mail:

sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@legalmail.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente
Società della Salute del Mugello
Via Palmiro Togliatti n. 29
50032 - BORGO SAN LORENZO (FI)

Il sottoscritto

nato a

il

non in proprio, ma in qualità di _____

(indicare carica ricoperta)

della seguente: (Organizzazione di volontariato, associazione di promozione sociale, imprese sociali anche cooperative sociali, reti associative, società di mutuo soccorso, associazione riconosciuta o non riconosciuta, fondazione, tutte senza scopo di lucro con finalità solidaristiche/utilità sociale)

Denominazione _____

Tipologia _____

Sede legale _____

Sede operativa _____

Comune _____

Telefono _____

Fax _____

Posta elettronica _____

Referente designato _____

Indirizzo mail per comunicazioni e convocazioni _____

Orario di apertura _____

Finalità _____

Settore:

- anziani
- dipendenze
- disabilità e salute mentale
- immigrati
- inclusione sociale
- minori e famiglie

Categoria:

- cultura, sport, tempo libero
- istruzione ed educazione
- religione
- servizi socio-sanitari
- servizio sanitario nazionale
- altro

Ai sensi dell'articolo 71 *undecies* della L.R.T. n. 40/2005 e s.m.i. e dell'art. 37 dello Statuto per il partecipazione alla Consulta del Terzo Settore

CHIEDE CHE

il/la _____

(Organizzazione di volontariato, associazione di promozione sociale, imprese sociali anche cooperative sociali, reti associative, società di mutuo soccorso, associazione riconosciuta o non riconosciuta, fondazione, tutte senza scopo di lucro con finalità solidaristiche/utilità sociale)

con sede legale in _____,

sia nominato tra i componenti

della **Consulta del Terzo Settore**

di codesta Società della Salute del Mugello, per le finalità di cui all'art. 37 dello Statuto.

A tal fine si allega:

- **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà redatta ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 in merito al possesso dei requisiti previsti dall'avviso stesso;**
- **documento di riconoscimento in corso di validità;**
- **statuto/atto costitutivo dell'associazione, organizzazione di volontariato o altro;**

(luogo e data)

(firma del Rappresentante Legale)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a il _____ a _____ (_____)

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

nella sua qualità di _____ del/della _____
(indicare carica ricoperta)

(Organizzazione di volontariato, associazione di promozione sociale, imprese sociali anche cooperative sociali, reti associative, società di mutuo soccorso, associazione riconosciuta o non riconosciuta, fondazione, tutte senza scopo di lucro con finalità solidaristiche/utilità sociale)

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA CHE

con riferimento alla domanda per entrare a far parte dei componenti del/della **Consulta del Terzo Settore** per le finalità di cui all'art. 37 dello Statuto della Società della Salute del Mugello,

il/la

(Organizzazione di volontariato, associazione di promozione sociale, imprese sociali anche cooperative sociali, reti associative, società di mutuo soccorso, associazione riconosciuta o non riconosciuta, fondazione, tutte senza scopo di lucro con finalità solidaristiche/utilità sociale)

con sede legale _____
(indirizzo)

È iscritta/o al Registro Unico Nazionale del terzo Settore, gestito su base territoriale dalle Regioni (art.45 D.Lgs n.117/2017), di cui al Registro della Regione Toscana (ex LRT n.28/1993) con atto del (specificare l'Ente emittivo dell'atto) n. in data, senza procedure di revoca in corso;

E' un'organizzazione/associazione, da almeno un anno, senza scopo di lucro che svolge attività in ambito sanitario, sociale mirate al benessere della persona e ha sede legale e/o sede operativa nel territorio della Società della Salute del Mugello.

Data

Il/La Dichiarante