



**Società della Salute del Mugello**

C.F. e P. IVA 05517830484  
Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032  
BORGO SAN LORENZO (FI) Tel. 0558451430  
Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)  
posta elettronica certificata: [sdsmugello@postacert.toscana.it](mailto:sdsmugello@postacert.toscana.it)

**All.B**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
CO-PROGETTAZIONE PER ASSOCIAZIONI O ENTI DEL TERZO SETTORE**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di  
legale \_\_\_\_\_ rappresentante \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ avente sede legale  
in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ avente la seguente forma  
giuridica: \_\_\_\_\_ manifesta interesse alla partecipazione dell'avviso  
pubblico finalizzato alla stipula di contratti di coprogettazione con la Società della Salute del  
Mugello

**a tal fine dichiara e informa che**

- l'ente/associazione svolge attività di (descrivere dettagliatamente l'attività svolta tenendo conto dei criteri elencati all'articolo 7 dell'Avviso Pubblico Obiettivi, aree prioritarie di intervento e linee di attività):





**Società della Salute del Mugello**

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI) Tel. 0558451430

Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)

posta elettronica certificata: [sdsmugello@postacert.toscana.it](mailto:sdsmugello@postacert.toscana.it)

- può dimostrare capacità, competenze e comprovate esperienze nella progettazione, organizzazione e gestione di servizi e interventi attinenti l'ambito di intervento per il quale il soggetto si candida sulla base del quale viene assegnato un punteggio massimo di 40 punti:

- Conoscenza da parte dell'Ente candidato dei bisogni specifici socio-assistenziali del territorio del Mugello e presenza sullo stesso. Si prevede un max di 40 pti.



**Società della Salute del Mugello**

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI) Tel. 0558451430

Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)

posta elettronica certificata: [sdsmugello@postacert.toscana.it](mailto:sdsmugello@postacert.toscana.it)

- La capacità di collaborazione e partnership da parte dell'Ente con altre realtà socio-assistenziali quali altri enti, associazioni o istituzioni pubbliche. Max 20 pti.





## Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI) Tel. 0558451430

Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@uslcentro.toscana.it](mailto:sds.mugello@uslcentro.toscana.it)

posta elettronica certificata: [sdsmugello@postacert.toscana.it](mailto:sdsmugello@postacert.toscana.it)

### DICHIARA inoltre

che le persone incaricate di partecipare ai lavori del Gruppo di coprogettazione/al gruppo dei soggetti sostenitori sono (di cui si allega curriculum) Indicare al massimo due persone:

1. (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_),  
Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

2. (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_),  
Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

⌚ che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec \_\_\_\_\_;

⌚ di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;

⌚ di essere informato e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e smi che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

### S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla fase di co-progettazione .

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

N.B.

*Allegare curriculum dell'incaricato alla partecipazione*

*Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*