

**Alla Regione Calabria**  
**Dipartimento Salute e Welfare**  
**U.O.A. “Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale**  
**– Programmazione e integrazione socio-sanitaria”**

**Oggetto:** Avviso pubblico per la costituzione di un partenariato per la co-progettazione operativa e successiva gestione di un progetto da presentare nell’ambito del Fondo per l’inclusione delle persone sorde e con ipoacusia, di cui all’articolo 1, comma 456, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conformemente alle finalità individuate dall’art. 34-ter del decreto-legge 22 marzo 2021 n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 maggio 2021, n. 69, di cui al Decreto del Ministro per le disabilità del 08/01/2025.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato/a per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di Legale Rappresentante di \_\_\_\_\_ ragione sociale \_\_\_\_\_ natura giuridica \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ in qualità di Soggetto Proponente in forma singola/associata con gli enti Partner di seguito riportati:

ID	DENOMINAZIONE	SEDE	RAPPR. LEGALE	COD.FISC./P.I.
1				
2				
3				
4				
5				

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione seguirà il decadimento dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

**CHIEDE**

di essere ammesso ad essere Partner della Regione Calabria per la co-progettazione operativa e successiva gestione di un progetto da presentare nell’ambito del Fondo per l’inclusione delle persone sorde e con ipoacusia, di cui all’articolo 1, comma 456, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conformemente alle finalità individuate dall’art. 34-ter del decreto-legge 22 marzo 2021 n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 maggio 2021, n. 69, di cui al Decreto del Ministro per le disabilità del 08/01/2025.

**A TAL FINE**

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DICHIARA**

- di aver preso piena conoscenza e di accettare incondizionatamente le prescrizioni contenute nell’Avviso Pubblico;
- che i dati e le notizie forniti con la presente istanza sono veritieri;
- di essere consapevole che l’accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione,

delle ulteriori dichiarazioni rilasciate ovvero delle dichiarazioni degli altri Partner, ove presenti, comporterà comunque l'esclusione dalla procedura;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del Legale Rappresentante**

\_\_\_\_\_

**N.B.**

Utilizzare preferibilmente la firma digitale. La firma autografa non è soggetta ad autenticazione se accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità in corso di validità.