

Spett.le
**Ambito Territoriale Sociale Valle
Seriana Superiore e Valle di Scalve**
Via Somvico, 2
24023 CLUSONE (BG)

OGGETTO: Istanza di contributo Fondo Sociale Regionale – anno 2025

Il sottoscritto _____
Codice Fiscale _____ Nato/a _____ Prov. _____
il _____ residente in via _____ n. _____ Cap. _____
Comune _____ Prov. _____ Legale Rappresentante dell'Ente
Gestore denominato/a _____
Indirizzo (sede legale) Via _____ N° _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____ Tel. _____ Fax _____
e-mail _____ PEC _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

GESTORE DELL'UNITÀ D'OFFERTA

DENOMINATO _____
TIPOLOGIA UNITÀ D'OFFERTA _____
SITUATO A _____ CAP _____ PROV. _____
VIA/PIAZZA _____

CHIEDE

la concessione del contributo in oggetto per i servizi e interventi sociali con sede nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve, descritti nelle schede regionali per la RENDICONTAZIONE ANNO 2025 - CONSUNTIVO ANNO 2024, qui allegate;

A tale scopo, valendosi della facoltà concessagli dal DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n° 445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- a) di ☐ essere accreditato dall'Ambito Territoriale all'erogazione del servizio;
☐ non essere accreditato dall'Ambito Territoriale all'erogazione del servizio;
- b) di non aver ricevuto per la stessa unità d'offerta altri finanziamenti da parte dell'Ambito Territoriale Sociale/Comuni a valere sul Fondo Sociale Regionale;
- c) di conoscere i contenuti dell'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, i propri diritti di cui all'art. 7 dello stesso decreto ed acconsente alla comunicazione a terzi dei propri dati e di quelli contenuti nella documentazione allegata alla presente esclusivamente per le finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente domanda;
- d) di aver compilato n. _____ schede di rendicontazione allegate alla presente domanda;
- e) che i servizi per cui si chiede il contributo erano attivi nel corso del 2024;

ALLEGA

- 1) **Consuntivo anno 2024;**
2) **Schede di rendicontazione relative ai servizi** (Excel relativi ai singoli Servizi gestiti):

Area Minori e Famiglia:

- ☐ Affidi: affido di minori a Comunità o a famiglie (etero familiare o a parenti entro il quarto grado);
☐ Assistenza Domiciliare Minori (ADM);
☐ Comunità educativa, Comunità Familiare e alloggio per l'autonomia;
☐ Asili Nido – Micronidi - Nido Famiglia.

Area Disabili:

- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare;
☐ Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA);
☐ Centro Socio Educativo (CSE);
☐ Comunità Alloggio Disabili

Area Anziani:

- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare;
☐ Comunità Alloggio Sociale per Anziani.

- 3) **Copia Fotostatica del documento di identità del Legale Rappresentante;**
4) **Informativa privacy** (Allegato 3).

Coordinate bancarie per procedere all'erogazione del contributo, se spettante:

Banca _____ Agenzia _____

CODICE IBAN _____

Luogo e Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(timbro e firma)