



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale delle politiche sociali  
Servizio politiche per la famiglia e l'inclusione sociale

**ALLEGATO A**

Determinazione  
n. 7929/365  
del 27.09.2017

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2016 DA ASSOCIAZIONI E COOPERATIVE SOCIALI CHE GESTISCONO COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA DI SOGGETTI SOTTOPOSTI A MISURE RESTRITTIVE DELLA LIBERTÀ PERSONALE. Art. 7, L.R. n. 5/2016 – DELIBERAZIONE G.R. 38/33 DEL 08/08/2017.

Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale  
Direzione Generale delle Politiche Sociali  
Via Roma, 253 - 09123 – CAGLIARI

[san.politichesociali@pec.regione.sardegna.it](mailto:san.politichesociali@pec.regione.sardegna.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della  
Associazione/cooperativa Sociale \_\_\_\_\_  
Codice fiscale/ Partita IVA \_\_\_\_\_ con sede legale in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_  
iscritta al registro/albo \_\_\_\_\_  
con n. \_\_\_\_\_  
Nominativo \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ recapito \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ riferimento \_\_\_\_\_ per  
comunicazioni \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'assegnazione di un finanziamento di euro \_\_\_\_\_ per il rimborso delle spese sostenute nell'anno 2016 per le attività di recupero e inclusione sociale in favore dei soggetti sottoposti a misure restrittive della libertà personale svolte dall'Ente che rappresenta.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale delle politiche sociali  
Servizio politiche per la famiglia e l'inclusione sociale

ALLEGATO A

Determinazione  
n. 7929/365  
del 27.09.2017

A tal fine allega:

1. Quadro economico (Allegato B). accompagnato da tutti gli atti probatori della spesa sostenuta
2. Programma di intervento e relazione sulle attività svolte
3. Copia fotostatica non autenticata del documento d'identità del sottoscrittore della domanda, in corso di validità ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000
4. copia dell'atto di nomina del Consiglio direttivo e del Legale rappresentante.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 dello stesso decreto, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

1. di accettare senza riserva i termini, le condizioni e le prescrizioni contenute nell'Avviso pubblico di selezione per il rimborso delle spese sostenute per lo svolgimento di programmi da parte delle comunità per l'accoglienza di giovani adulti e adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale;
2. che i dati forniti nella presente domanda e nei documenti allegati sono veritieri;
3. di avere svolto, nell'anno 2016, attività di recupero e inclusione sociale in favore di soggetti sottoposti a misure restrittive della libertà personale;
4. di svolgere attività di recupero e inclusione sociale in favore di soggetti sottoposti a misure restrittive della libertà personale da almeno 5 anni;
5. di non avere fruito dei finanziamenti regionali di cui alla Deliberazione G.R. n. 44/31 del 25 luglio 2016 per l'effettuazione di dette attività relativamente all'anno 2016, né di altri finanziamenti pubblici per le medesime finalità;
6. che la spesa complessiva per la realizzazione del progetto e per la quale si chiede il rimborso ammonta a euro \_\_\_\_\_;
7. che l'associazione/cooperativa sociale proponente è iscritta al Registro/Albo \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale delle politiche sociali  
Servizio politiche per la famiglia e l'inclusione sociale

ALLEGATO A

Determinazione  
n. 7929/365  
del 27.09.2017

8. che il numero di conto corrente e l'IBAN intestato all'associazione/cooperativa proponente è \_\_\_\_\_ ed il soggetto abilitato ad operare è \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_;
9. che l'associazione/cooperativa sociale proponente è iscritta presso:
- a) INPS (indicare l'indirizzo dell'ufficio competente e il numero di matricola;  
Indirizzo dell'Ufficio competente \_\_\_\_\_  
Numero di matricola \_\_\_\_\_
- b) I.N.A.I.L.  
Indirizzo dell'Ufficio competente \_\_\_\_\_  
codice ditta \_\_\_\_\_  
numero di posizione territoriale \_\_\_\_\_
10. che il C.C.N.L. applicato è \_\_\_\_\_  
e il numero di addetti è \_\_\_\_\_;

Dichiara, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, 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