

## MODULO DI DOMANDA

### “PROGETTI PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DEDICATI ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ATTUAZIONE DELLA DGR 778/2023 Anni 2023-2024.

Nota: la compilazione è obbligatoria in ogni sua parte.

AL Direttore Generale  
Azienda ULSS 9 SCALIGERA  
Via Valverde , 42 -37122 Verona

#### PARTE PRIMA: richiesta di partecipazione

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (NOME E COGNOME), in qualità di legale rappresentante dell’ETS, denominata \_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_ (Città e indirizzo), visto il bando per la presentazione di Progetti per la realizzazione di interventi dedicati alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico in attuazione della DGR 778/2023

CHIEDE

di partecipare al bando con il progetto dal titolo:

\_\_\_\_\_

Linea di intervento (barrare la linea/e)  D),  E);  F),  G),  H)

Relativamente al progetto che presenta, il sottoscritto (consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci di all’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) dichiara altresì sotto propria responsabilità:

- che l’iniziativa ha/non ha ottenuto finanziamenti dalla Pubblica Amministrazione per le stesse attività;
- che è stata presa visione e accetta tutte le condizioni contenute nell’Avviso;
- di essere in possesso dei requisiti di ordine generale previsti dall’art. 94 e 95 del D. Lgs. 36/2023;
- che gli ETS e gli altri enti partecipanti sono in regola relativamente alla posizione assicurativa dei volontari e alla posizione contributiva e assistenziale dei dipendenti e dei collaboratori;
- l’impegno al rispetto integrale delle clausole anti-corruzione, per quanto applicabili.

Firma \_\_\_\_\_

(allegare C.I.)

**PARTE SECONDA: dati relativi al richiedente**

Denominazione dell' ETS (anche in caso di capofila di rete):

\_\_\_\_\_

SEDE LEGALE

Via e numero civico Città CAP Provincia \_\_\_\_\_

Telefono fax e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Referente per il progetto \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Telefono fax e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo al quale si chiede venga inviata ogni comunicazione relativa alla presente richiesta (solo se diverso dalla sede legale sopra indicata)

Via e numero civico Città CAP Provincia \_\_\_\_\_

Telefono fax e-mail \_\_\_\_\_

**Partner di rete :**

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Denominazione dell'ente: \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PARTE SECONDA: requisiti del richiedente (art. 3 del bando)**

Sede Operativa:.....

Data di Costituzione dell'ETS:\_\_\_\_\_

Data e Numero di Iscrizione al RUNTS :\_\_\_\_\_

SEDE LEGALE

Via e numero civico Città CAP Provincia\_\_\_\_\_

- documentata esperienza di collaborazioni di rete, riguardanti progetti simili rivolti a Persone con Disturbi dello Spettro Autistico. Si dovranno descrivere e dettagliare accuratamente i progetti e le reti coinvolte;

- svolto negli ultimi tre anni o abbiano in corso servizi/attività/progetti analoghi in collaborazione con la Pubblica Amministrazione o altri soggetti del privato sociale;

---

**PARTE TERZA: progetto**

TERRITORIO D'INTERVENTO

---

DESCRIZIONE DEL CONTESTO E MODALITA' DI COINVOLGIMENTO IN RETE

---

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO:

---

METODOLOGIA

(Indicare in particolare la prospettiva di sviluppo del progetto di vita personalizzato e partecipato della PcASD e dei familiari,)

---

INNOVATIVITA' DEL PROGETTO

---

BENEFICIARI DEL PROGETTO

---

ATTIVITA' , CRONOPROGRAMMA E RISORSE RICHIESTE

---