

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA GESTIONE DI SERVIZI PARKINSON PER ATTIVITA' A FAVORE DI PERSONE CON DISORDINI DEL MOVIMENTO (MALATTIA DI PARKINSON) A FAVORE DI ORGANIZZAZIONI NO PROFIT, OPERANTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELL'AULSS 9 SCALIGERA.

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

Inviato a mezzo PEC al seguente indirizzo:
protocollo.aulss9@pecveneto.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto _____ (NOME E COGNOME), in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione no profit, denominata _____, con sede a _____ (Comune e indirizzo), Codice Fiscale/Partita IVA _____ indirizzo posta elettronica _____ Numero Iscrizione Registro RUNTS _____

visto l'avviso pubblico per la gestione dei Servizi Parkinson a favore di persone con disordini del movimento (Malattia di Parkinson) a favore di organizzazioni no profit operanti nell'Ambito Territoriale dell'Aulss 9 Scaligera

CHIEDE

di partecipare alla procedura relativa all'avviso di cui all'oggetto per l'attivazione e l'operatività del Servizio Parkinson (nome Servizio e sede operativa)

Relativamente al progetto che presenta, il sottoscritto (consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni mendaci di cui 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.

DESCRIZIONE PROGETTO SERVIZIO PARKINSON CON RIFERIMENTO AI SEGUENTI CONTENUTI:

- a) Anni di attività dell'ente gestore dedicata a persone con disordini del movimento (Malattia di Parkinson) e loro familiari;
- b) Sede operativa del Servizio: indicare indirizzo;
- c) Numero di aperture settimanali;
- d) Numero di settimane di chiusura;
- e) Numero volontari partecipanti alla gestione del Servizio;
- f) Curricola degli operatori;
- g) Collaborazioni del Servizio con gli stakeholders del territorio (ad esempio: Servizio sociale,

Amministrazione Comunale, Associazioni, ecc.).

Il sottoscritto, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità previste dal bando.

L'organizzazione no profit solleva l'AULSS 9 SCALIGERA da ogni danno o responsabilità che possa derivare dall'attività posta in essere nell'ambito del progetto di cui chiede il sostegno;

Data _____

Firma del Rappresentante legale

Allegati alla domanda:

- 1) Descrizione Progetto Servizio Parkinson
- 2) Documento Identità del Rappresentante Legale dell'Ente