

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER LA PARTECIPAZIONE ALLA CONSULTA REGIONALE DELLE ASSOCIAZIONI DEI
FAMILIARI E DELLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Al Direttore
della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale
Regione Toscana
Via Alderotti 26, 5000 Firenze

pec:regionetoscana@postacert.toscana.it

sottoscritto

Luogo e data di nascita

In qualità di:

[] Legale rappresentante dell'Associazione (denominazione):

_____;

con sede in : (Via/Piazza; Cap; Città; Prov.)

codice fiscale

CHIEDE

- di partecipare alla Consulta regionale delle Associazioni dei familiari e delle persone con disturbo dello spettro autistico

e a tale scopo

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, impegnandosi a comunicare qualsiasi variazione:

- che il Soggetto che partecipa alla manifestazione di interesse è l'Associazione (denominazione):

_____;

C.F./P.I. numero: _____

Sede legale: _____

CAP _____ Città _____ (Prov. _____)

email _____ Telefono _____ Fax _____

- che l'Associazione richiedente è in possesso dei requisiti indicati per la partecipazione alla presente manifestazione di interesse
- di prendere atto che la non veridicità delle presenti dichiarazioni, e di quanto indicato nella scheda allegata, comporterà la decadenza dalla partecipazione, ai sensi dell'art. 75, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000;
- di essere informat*, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(firma digitale)

Documenti allegati all'istanza:

- copia dell'atto costitutivo;
 - copia dello Statuto;
 - decreto di iscrizione al RUNTS
-