**ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**Comune di**

**Aprilia**

­­ **Capofila del Distretto Socio-Sanitario**

PEC: [UFFICIODIPIANO@PEC.COMUNE.APRILIA.LT.IT](mailto:ufficiodipiano@pec.comune.aprilia.lt.it)

*(da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti)*

**OGGETTO: “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per l’individuazione, da parte dei Distretti socio-sanitari e di Roma Capitale, dei Centri Anziani del territorio della Regione Lazio, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA).**

Il/La sottoscritto/a, Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nato a ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

**PRESENTA**

Istanza per la “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per l’individuazione, da parte dei Distretti socio-sanitari e di Roma Capitale, dei Centri Anziani del territorio della Regione Lazio, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA)”.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dalla medesima normativa in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA**

1. di essere legale rappresentante (o suo delegato) della APS denominata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ convenzionata con il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Per la gestione del Centro Anziani\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (preferibilmente mobile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale sito web\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di aver preso visione dell’ Avviso per la manifestazione di interesse e di accettarne quanto stabilito in ogni sua parte;
2. che alla data del 30 giugno 2023 al centro anziani risultano iscritti n. \_\_\_ soci;
3. che il centro anziani è registrato all’Anagrafe Strutture Socio Assistenziali (ASSA)\* in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

* SI’
* NO

*(\*) L’iscrizione all’ASSA, che deve avvenire a cura del Comune, costituisce pre-requisito del Centro Anziani per partecipare al programma degli interventi. Nell’eventuale mora di tale iscrizione, i Centri Anziani possono comunque presentare ai rispettivi Distretti socio-sanitari la propria manifestazione d’interesse a beneficiare degli interventi previsti. Si raccomanda la compilazione del punto D per facilitare le verifiche tempestive da parte del Distretto.*

***I dati personali raccolti con la presente istanza saranno trattati nei limiti strettamente necessari all’espletamento degli adempimenti oggetto della presente procedura nei termini indicati nella manifestazione d’interesse di cui all’oggetto.***

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGA LLA PRESENTE RICHIESTA:

- Documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario della richiesta.