



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.5**

Comune Capofila: San Vito Romano

*Tra i comuni di:* Capranica Prenestina – Castel San Pietro - Cave – Galliciano nel Lazio - Genazzano - Palestrina – Rocca di Cave – San Cesario – San Vito Romano – Zagarolo

**Telefono:** 069571006-6

**E-mail:** [distrettorm5.5@comune.sanvitoromano.rm.it](mailto:distrettorm5.5@comune.sanvitoromano.rm.it)

**PEC:** [protocollo@pec.comune.sanvitoromano.rm.it](mailto:protocollo@pec.comune.sanvitoromano.rm.it)

**ALLEGATO A**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
PER LA PARTECIPAZIONE DA PARTE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE  
AI TAVOLI TEMATICI PERMANENTI NELL'AMBITO DELLA  
CO-PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA DI WELFARE LOCALE,  
AI SENSI DELL'ART. 55, COMMA 2, DEL D.LGS. N.117/2017**

Il/La Sottoscritto/a

COGNOME																		
NOME																		
NATO A							DATA DI NASCITA											
CODICE FISCALE																		
COMUNE DI RESIDENZA																		
INDIRIZZO																		
RECAPITO TELEFONICO																		
EMAIL																		

In qualità di

.....

*Oppure (laddove sia stato sottoscritto un accordo tra ETS per delegare un rappresentante alla partecipazione):*

In rappresentanza di.....e

con delega formale alla rappresentanza, che qui si allega, sottoscritta da:

.....  
.....  
.....



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.5

Comune Capofila: San Vito Romano

*Tra i comuni di:* Capranica Prenestina – Castel San Pietro - Cave – Galliciano nel Lazio - Genazzano - Palestrina – Rocca di Cave – San Cesario – San Vito Romano – Zagarolo

**Telefono:** 069571006-6

**E-mail:** [distrettorm5.5@comune.sanvitoromano.rm.it](mailto:distrettorm5.5@comune.sanvitoromano.rm.it)

**PEC:** [protocollo@pec.comune.sanvitoromano.rm.it](mailto:protocollo@pec.comune.sanvitoromano.rm.it)

### CHIEDE

L'ammissione dell'Ente/degli Enti rappresentato/i alla partecipazione ai seguenti tavoli tematici permanenti (barrare uno o più Tavoli) nell'ambito della programmazione del sistema di welfare locale del Distretto sociosanitario RM 5.5:

- disabilità, anziani e non autosufficienza;
- famiglia e minori e violenza di genere;
- inclusione sociale, povertà, immigrazione;
- dipendenze e disagio adulti e disagio mentale;
- azioni di sistema, integrazione sociosanitaria.

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace, come previsto dagli art.75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

### DICHIARA

1. che l'ETS ha sede legale o almeno una sede operativa stabilmente attiva nel territorio del Distretto RM 5.5;
2. che l'ETS è attivo nel territorio del Distretto con interventi propri o affidati da Enti pubblici, gestiti in modo continuativo per almeno un anno, nella macroarea di riferimento del/i tavolo/i tematico/i permanente/i relativamente al/i quale/i si manifesta l'interesse;
3. (solo per gli ETS raggruppati) di presentare domanda in qualità di delegato (attestato da apposito documento verbale o deliberazione degli ETS) in rappresentanza di più soggetti/ETS e che i requisiti richiesti sono in possesso di tutti i soggetti deleganti.

Si allega la seguente documentazione:

- Copia del documento di riconoscimento del Legale rappresentante dell'organismo richiedente;
- Atto costitutivo o statuto dell'Ente;
- Breve relazione sulle attività svolte (con indicazione delle eventuali sedi operative, della tipologia di servizi erogati, della consistenza numerica dei destinatari, del territorio di riferimento, delle modalità di erogazione, delle risorse umane impiegate e di quanto altro ritenuto utile per la rappresentazione del servizio reso) da cui si evinca la competenza per la partecipazione al tavolo o ai tavoli tematici indicati.
- (solo per gli ETS raggruppati) Verbale/Deliberazione di delega alla rappresentanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_