**ALLEGATO C**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE altri enti**

**alla procedura per l’individuazione di Enti del Terzo Settore come partner per la co-progettazione di interventi nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Sub-Investimento 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini. Next Generation Eu. CUP:H95H22000120006**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| nato/a |  |
| il |  |
| codice fiscale |  |
| residente a |  |
| CAP |  |
| via e n° civico |  |
| in qualità di legale rappresentante di |  |
| forma giuridica |  |
| C.F./P.IVA |  |
| e-mail |  |
| PEC |  |

**CHIEDE**

**ai sensi dell’avviso di essere ammesso a partecipare alla procedura di coprogettazione *di interventi nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Sub-Investimento 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini. Next Generation Eu.* in qualità di:**

* **di SOSTENITORE** del progetto per le seguenti motivazioni:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

e di apportare il seguente “valore aggiunto”:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

* **di FINANZIATORE** del progetto per le seguenti motivazioni:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

* (se il caso) mettendo a disposizione le seguenti risorse (mobili/immobili) di cui si allega elenco con indicazione del titolo di godimento del bene a favore dell’Ambito territoriale Sociale

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

e di utilizzare le seguenti modalità di partecipazione:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

* **DI PARTNER DI PROGETTO** per attività secondarie per le seguenti motivazioni:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

e di realizzare le seguenti attività funzionali alle attività del progetto.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

utilizzando le seguenti modalità di partecipazione:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

(DA DICHIARARE SE SOGGETTO DIVERSO DA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

* DICHIARA inoltre di essere in possesso di tutti i requisiti di ordine generale per collaborare con la Pubblica Amministrazione, non essere incorso in nessuna causa determinante l’esclusione dalla partecipazione alle procedure e di qualsivoglia causa di inadempimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione ovvero
* di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell’ultimo quinquennio
* che non è stata pronunciata alcuna condanna con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l’incapacità a contrarre con la P.A.
* di non avere procedimenti in corso ai sensi dell’art. 416/bis del codice penale
* di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti secondo la legislazione del proprio stato.

(per le cooperative)

* di applicare il CCNL di lavoro anche per i soci della Cooperativa

In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavorativo di disabili (scegliere una delle seguenti tre opzioni):

1. di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15.
2. di non essere soggetto in quanto, pur avendo un numero di dipendenti compreso tra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni al ……………………….. o se anche le ha effettuate rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione.
3. di essere tenuto all’applicazione delle norme che disciplinano l’inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse.
4. DICHIARA inoltre di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla normativa antimafia D. Lgs. 159/2011.

pertanto***,*** in qualità di rappresentante legale del Soggetto partecipante e con espresso riferimento alla procedura per la quale ha chiesto di essere ammesso, consapevole che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, **ai sensi dell’art.76 del D.P.R. 445/00,** le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti;

**ALLEGA**

* STATUTO/ATTO COSTITUTIVO
* DOCUMENTO D’ IDENTITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

FIRMA del legale rappresentante