**Al Distretto Ri 3**

[unionealtasabina@legalmail.it](mailto:unionealtasabina@legalmail.it)

**ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**per l'individuazione dei Centri Anziani destinatari**

**di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA)**

**Distretto Ri3**

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

Il/La sottoscritto/a,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome |  |  |
| Nome |  |  |
| Luogo di nascita (Prov.) |  |  |
| Data di Nascita |  |  |
| Codice Fiscale |  |  |
| Città di Residenza (Prov.) |  |  |
| Indirizzo di Residenza, 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 denominato

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

con sede in via/piazza

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

codice fiscale

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

tel. (preferibilmente mobile)

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

PEC e/o e-mail

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

eventuale sito WEB

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

1. di aver preso visione della presente 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)\*

si no

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

***(\*) 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 ALLA PRESENTE RICHIESTA:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario della richiesta.