

Avvertenze per la compilazione:

- al fine di garantire maggiore speditezza nell'esame della documentazione e ridurre al minimo la possibilità di errori nella dichiarazione sostitutiva, si invitano i soggetti partecipanti a rendere le dichiarazioni richieste tramite la compilazione diretta del presente modulo;
- depennare le parti che non interessano;
- qualora lo spazio sia insufficiente per l'elencazione di dati il soggetto partecipante potrà aggiungere uno o più fogli integrativi conformi all'ultima pagina del presente documento.

Spettabile COMUNE di SAVONA
Settore Attività Sociali ed Educative
Via Quarda Inferiore, 4
17100 SAVONA SV

OGGETTO: dichiarazione sostitutiva relativa agli elementi di valutazione per la selezione di un'Organizzazione di volontariato o di una Associazione di Promozione Sociale per la stipula di una convenzione per lo svolgimento di attività di socializzazione ed interventi di sostegno a favore di soggetti affetti da sclerosi multipla o altre patologie neurologiche degenerative correlate.

Il sottoscritto
nato il a
residente nel Comune di Provincia
Via/Piazza
in qualità di:
 legale rappresentante
 procuratore del legale rappresentante (*allegare copia conforme all'originale della procura*)
 altro (specificare)

dell'Organizzazione di volontariato
dell'Associazione di Promozione Sociale
con sede nel Comune di Provincia
Via/Piazza
con codice fiscale numero
con partita I.V.A. numero
telefono fax cellulare
e-mail PEC

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure di selezione pubblica:

1. quanto segue, al fine della valutazione di quanto al punto 4, lettera a), dell'avviso di selezione:

a) elenco dei volontari di cui sopra

cognome e nome del volontario n. 1:
qualifica professionale:
esperienza professionale:

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....
attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 2:

qualifica professionale:

esperienza professionale:

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 3:

qualifica professionale:

esperienza professionale:

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 4:

qualifica professionale:

esperienza professionale:

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 5:

qualifica professionale:

esperienza professionale:

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 6:
 qualifica professionale:
 esperienza professionale:

 n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....
 attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 7:
 qualifica professionale:
 esperienza professionale:

 n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....
 attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 8:
 qualifica professionale:
 esperienza professionale:

 n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....
 attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

cognome e nome del volontario n. 9:
 qualifica professionale:
 esperienza professionale:

 n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....
 attività di volontariato già prestate analoghe a quelle oggetto della presente selezione:

Tipologia attività	Durata

N.B.: il soggetto concorrente potrà proseguire l'elencazione su foglio aggiuntivo.

b) numero del personale retribuito **che verrà messo a disposizione per lo svolgimento delle attività previste nella convenzione di cui alla presente selezione:** n°

- elenco del personale di cui sopra

1) cognome e nome :

retribuito a titolo di dipendente a tempo pieno dipendente part-time
 altro (specificare)

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

qualifica professionale:

esperienza professionale:

2) cognome e nome :

retribuito a titolo di dipendente a tempo pieno dipendente part-time
 altro (specificare)

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

qualifica professionale:

esperienza professionale:

N.B.: il soggetto concorrente potrà proseguire l'elencazione su foglio aggiuntivo.

c) numero di personale altro (servizio civile universale, lavori di pubblica utilità, etc.): n°

- elenco del personale di cui sopra

1) cognome e nome :

retribuito a titolo di dipendente a tempo pieno dipendente part-time
 altro (specificare)

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

qualifica professionale:

esperienza professionale:

2) cognome e nome :

retribuito a titolo di dipendente a tempo pieno dipendente part-time
 altro (specificare)

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

qualifica professionale:

esperienza professionale:

d) Responsabile delle attività/coordinatore (**figura obbligatoria**)

cognome e nome :

retribuito a titolo di dipendente a tempo pieno dipendente part-time

altro (specificare)

n° ore mensili previste di servizio/n° ore mensili previste sul progetto:/.....

qualifica professionale:

esperienza professionale:

.....

.....

2. che, al fine della valutazione di quanto al punto 4, lettere b.1) e b.2), dell'avviso di selezione, le iniziative ed i progetti inerenti attività di socializzazione e sostegno a favore di soggetti affetti da sclerosi multipla - con particolare riferimento al servizio di trasporto/accompagnamento - posti in essere dall'Organizzazione/Associazione nell'ultimo triennio (01/01/2022-31/12/2024), sono i seguenti:

Oggetto dettagliato di ogni iniziativa/progetto (Enti Pubblici)	Data dell'iniziativa (dal GG/MM/AA al GG/MM/AA)	Eventuale soggetto "committente"

N.B.: il soggetto concorrente potrà proseguire l'elencazione su foglio aggiuntivo.

Oggetto dettagliato di ogni iniziativa/progetto (Enti del Terzo Settore o privati)	Periodo di svolgimento (dal GG/MM/AA al GG/MM/AA) dell'effettiva attività	Eventuale soggetto "committente"

N.B.: il soggetto concorrente potrà proseguire l'elencazione su foglio aggiuntivo.

3. che, al fine della valutazione di quanto al punto 4, lettera b.3) sono stati attivati i seguenti progetti di servizio civile universale presso la propria sede:

Oggetto dettagliato di ogni progetto	Periodo di svolgimento (dal GG/MM/AA al GG/MM/AA) dell'effettiva attività

4. di essere consapevole che qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la convenzione potrà essere risolta di diritto ai sensi dell'articolo 1456 del Codice Civile.

ALLEGATI:

- 1) Ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 21 e 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., **copia fotostatica di un documento di identità** in corso di validità, del soggetto sottoscrittore **QUALORA NON SI RICORRA ALLA FIRMA DIGITALE**;
- 2) **eventuale** copia conforme all'originale della nomina del procuratore del legale rappresentante.

Appone la sottoscrizione, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili in caso di dichiarazioni false e incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii..

Data,

NOMINATIVO DEL DICHIARANTE
IN STAMPATELLO

FIRMA

Sig.

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Si informa che il trattamento dei dati personali forniti, che verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento relativo alla presente selezione, avverrà con procedure anche informatizzate, nei modi e limiti necessari per perseguire tale finalità. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio. La comunicazione e la diffusione di tali dati avverrà solo in base a norme di legge e di regolamenti. Il titolare del trattamento è il Comune di Savona, sito in Corso Italia n. 19.

OGGETTO: dichiarazione sostitutiva relativa agli elementi di valutazione per la selezione di un'Organizzazione di volontariato o di una Associazione di Promozione Sociale per la stipula di una convenzione per lo svolgimento di attività di socializzazione ed interventi di sostegno a favore di soggetti affetti da sclerosi multipla o altre patologie neurologiche degenerative correlate.

NOMINATIVO DEL DICHIARANTE
IN STAMPATELLO

Sig.

FIRMA

.....