**ALLEGATO 1 – RICHIESTA PER L’ACCREDITAMENTO DI SOGGETTI EROGATORI DI SERVIZI SOCIALI A FAVORE DELLA DOMICILIARITA’ previsti dal fondo PNRR Missione 5 - Componente 2 - Investimento 1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione – Sub investimento 1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità CUP\_G64H22000180006 e dal fondo FNPS ad integrazione della linea 1.1.3 domiciliarità.**

 **(PNRR)**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| nato/a |  | il |  |
| residente a |  |
| in via |  | n. |  |
| telefono |  |
| in qualità di legale rappresentante della: |
| *(indicare il nome e la natura giuridica)* |
| Sede legale a |  |  |  |
| in via |  |  n. |  |
| telefono  |  |
| e-mail |  |
| P.IVA |  |  Cod. Fisc. |  |

**CHIEDE**

**di essere inserito nell’elenco degli enti accreditati** **come soggetti erogatori di servizi sociali a favore della domiciliarità.**

**DICHIARA**

* di essere in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso

Allega al presente documento:

* copia del documento di identità del legale rappresentante in corso di validità
* dichiarazione sostitutiva di certificazione inerente il possesso dei requisiti di ordine generale e specifico (Allegato 2) e allegati relativi alla attestazione dei documenti comprovanti i requisiti.

|  |  |
| --- | --- |
| Data, ………………….……….. | firma del legale rappresentante |

*Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 (“GDPR”) e della vigente normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per la formazione dell’elenco di cui al presente avviso e in piena osservanza delle disposizioni del regolamento europeo 2016/679 (“GDPR”)*

|  |  |
| --- | --- |
| Data, ………………….……….. | firma del legale rappresentante |