ALLEGATO A

**SOCIETÀ DELLA SALUTE FIORENTINA SUD-EST**

**DOMANDA DI ADESIONE AL COMITATO DI PARTECIPAZIONE**

 Società della Salute Fiorentina Sud-Est

Piazza della Vittoria 1 – via dell’Antella 58,

50012 Bagno a Ripoli (FI)

**Inviare a: sds.firenzesudest@uslcentro.toscana.it**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell'organizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**avanza istanza di adesione all’Albo del Comitato di Partecipazione della**

**Società della Salute Fiorentina Sud-Est**

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, di cui all’art. 76 del DPR 445/2000

**Dichiara**

1. di non avere rapporti economici continuativi con la Società della Salute Fiorentina Sud-Est;
2. che non risulta a carico del rappresentante legale alcuna condanna con sentenza passata in giudicato per reati contro la pubblica amministrazione, il patrimonio o contro l’amministrazione finanziaria.

Eventuali comunicazioni in merito alla precedente lett. A)

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

C) che l’organizzazione rappresentata svolge, da un periodo non inferiore ad un anno, attività rivolte alla tutela/sostegno/promozione dell’utenza dei servizi sociali, sanitari o socio –sanitari come descritto di seguito: (inserire di seguito una sintesi delle principali attività svolte)

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

D) che l'organizzazione non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di

concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente, né sia in corso un procedimento a proprio carico per la dichiarazione di una di tali situazioni;

E) che l'organizzazione è regolarmente iscritta all’albo (indicare quale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

numero e data iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , rappresentativo della propria categoria

di appartenenza;

F) che l’organizzazione non è erogatrice di prestazioni o servizi a favore degli utenti, fatte salve la realizzazione di attività occasionali (eventi, iniziative una tantum), lo svolgimento di attività di ascolto/orientamento/counceling rivolte agli utenti finali e/o l’organizzazione di attività formative;

Comunica che ai fini di eventuali comunicazioni i riferimenti dell’Associazione sono i seguenti:

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

contatti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indica il delegato dell’Associazione che parteciperà alle Assemblee del Comitato di Partecipazione

Nome e cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indica il sostituto che eventualmente parteciperà all’Assemblea del Comitato di Partecipazione in luogo del titolare delegato:

Nome e cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo e data

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

 Firma del rappresentante legale dell’Associazione

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

***E’ necessario allegare alla presente istanza la copia di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità.***

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 e del GDPR - Reg. UE 2016/679 i dati personali raccolti con le domande presentate ai sensi del presente Avviso saranno trattati con strumenti informatici e utilizzati nell'ambito del procedimento secondo quanto stabilito dalla normativa. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza. L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l’iscrizione all’Albo del Comitato di Partecipazione della Società della Salute Fiorentina Sud-Est e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Il Responsabile del procedimento e del trattamento dei dati è individuato nel Direttore della Società della Salute Fiorentina Sud-Est Dr. Simone Naldoni.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.vo 196/03 e agli artt. 13-23 del GDPR - Reg. UE 2016/679.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di aver letto l’informativa sopra riportata e accetta il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.vo 196/03 e del Reg. UE 679/2016.

lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del rappresentante legale dell’Associazione

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