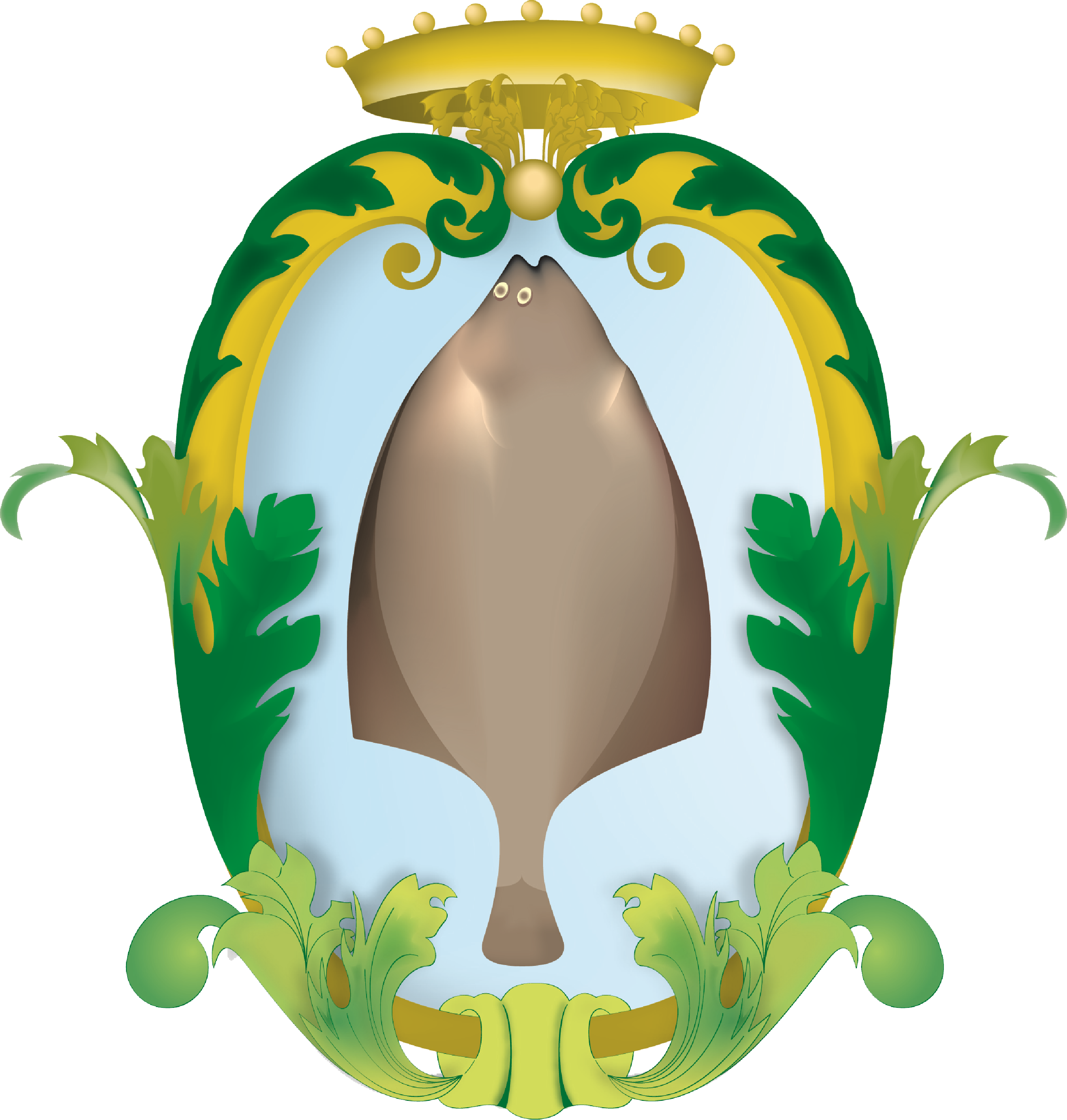
COMUNE DI COMACCHIO

*Provincia di Ferrara*

Al Comune di Comacchio Dirigente Settore I

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A SOSTEGNO DI ASSOCIAZIONI DEL TERZO SETTORE PER PROGETTI DI PROMOZIONE E SVILUPPO DI COMUNITÀ, SOLIDARIETÀ ED INCLUSIONE SOCIALE – ANNO 2025**

l/La sottoscritto/a (cognome e nome) nato/a a , il / / , codice fiscale nella sua qualità di legale rappresentante , con sede legale in , Prov Via n° , CAP codice fiscale n. Partita IVA tel. , e-mail IBAN

Data di costituzione:

domiciliato/a per la carica presso la sede legale sopra indicata.

CHIEDE

di poter accedere all’assegnazione dei contributi economici a sostegno di progetti di promozione e sviluppo di comunità, solidarietà ed inclusione socialerivolti a cittadini/nuclei familiari in situazioni di fragilità.

A tal fine dichiara:

1. di aver preso piena conoscenza dell’Avviso e delle prescrizioni in esso contenute;
2. che la sopraindicata associazione è iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), ai sensi del Decreto Legislativo n. 117/2017 e successive modifiche e integrazioni;
3. di essere consapevole che l’accertamento della non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, comporterà l’esclusione dalla procedura, ovvero, in caso di assegnazione del contributo, l’annullamento e/o la revoca dell’assegnazione stesso;
4. di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy D.lgs. 196/2003 s.m.i., che i dati personali acquisiti saranno trattati con modalità cartacee ed informatiche, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
5. di fornire le seguenti informazioni nel rispetto dei criteri di valutazione delle proposte progettuali di cui all’avviso pubblico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Quantità e qualità dei progetti realizzati con particolare riguardo alle iniziative a favore di categorie fragili e in situazione di temporaneo disagio** | (Breve descrizione) |
| **2** | **Numero di nuclei famigliari assistiti mediante attività di centri di ascolta o distribuzione di generi di prima necessità** | n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3** | **Anni di attività e servizio prestato sul territorio** | n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4** | **Spesa complessiva sostenuta nell’anno per le attività descritte nel progetto** | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(Luogo e data)

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

Il Legale Rappresentante (Timbro e firma)

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