

Allegato 1

Spett.le

Direttore del Consorzio per la realizzazione del sistema integrato di Welfare dell’Ambito di Poggiardo

**Oggetto: Domanda di partecipazione all’avviso pubblico per l’attivazione di progetti per l’autonomia dei disabili.**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………...

nato/a a…………………….…………………………………………. il…….……..

residente a ……………………………………………

in Via………………………………………...n°……

Codice Fiscale………………………………………………

Tel………………………………………… E-mail……………………………………………………………..

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso pubblico per l’attivazione di progetti per l’autonomia dei disabili.

Consapevole delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la sua responsabilità,

**DICHIARA**

□ di essere a perfetta conoscenza e di accettare tutte le condizioni previste nell’avviso pubblico di cui in oggetto;

□ di avere i requisiti indicati nell’Avviso pubblico del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere cittadino/a italiano/a ovvero cittadino/a di altro Paese (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ );

*I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo. Ai sensi della normativa vigente, il/la sottoscritto/a autorizza il Consorzio dell’Ambito di Poggiardo al trattamento dei propri dati personali ai fini del procedimento connesso alla selezione e per l’assolvimento degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti in materia.*

**Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**