



Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

UOA "Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria"
SETTORE 1: Immigrazione, nuove marginalità e inclusione sociale, centro antidiscriminazione, contrasto alla povertà, famiglia e terzo settore, volontariato e servizio civile

ALLEGATO C – dichiarazione di impegno a costituirsi in A.T.S

Alla Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

Settore 1: Immigrazione Nuove Marginalità e Inclusione
Sociale, Centro Antidiscriminazione, Contrasto alla Povertà,
Famiglia e Servizi Educativi, Terzo Settore, Volontariato e
Servizio Civile. Implementazione Misure FSE Programmazione
21/27 Obiettivo Specifico Inclusione

welfare.lw@pec.regione.calabria.it

Oggetto: Avviso Pubblico per la selezione di n. 1 soggetto privato del terzo settore in qualità di partner per la co-progettazione e realizzazione di interventi per l'assistenza alle vittime di qualsiasi tipologia di reato, in ottemperanza alle disposizioni della Direttiva 2012/29/UE del parlamento europeo e del Consiglio. Annualità 2023 -
PROGETTO *Informazione e assistenza alle vittime: il diritto di comprendere e di essere compresi*"
CUP: J67F24000150001 CIG: B36BE0910D

**Dichiarazione impegno a costituire ATS
(ai sensi del D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117)**

I sottoscritti:

1. _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n _____

Cap _____ Codice fiscale _____

In qualità di Legale rappresentante
del/della _____

sede legale in _____ Via _____

n _____ cap _____ sede operativa in _____

Via _____ n. _____ cap _____ Partita Iva _____

Codice Fiscale _____

2. _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n _____

Cap _____ Codice fiscale _____

In qualità di Legale rappresentante
del/della _____

sede legale in _____ Via _____

n _____ cap _____ sede operativa in _____



Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

UOA "Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria"
SETTORE 1: Immigrazione, nuove marginalità e inclusione sociale, centro antidiscriminazione, contrasto alla povertà, famiglia e terzo settore, volontariato e servizio civile

Via _____ n. _____ cap _____ Partita Iva _____
Codice Fiscale _____
3.

Nato/a a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n _____
Cap _____ Codice fiscale _____
In qualità di Legale rappresentante
del/della _____
sede legale in _____ Via _____
n _____ cap _____ sede operativa in _____
Via _____ n. _____ cap _____ Partita Iva _____
Codice Fiscale _____
4.

Nato/a a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ in via _____ n _____
Cap _____ Codice fiscale _____
In qualità di Legale rappresentante
del/della _____
sede legale in _____ Via _____
n _____ cap _____ sede operativa in _____
Via _____ n. _____ cap _____ Partita Iva _____
Codice Fiscale _____

PREMESSO

- Che per la partecipazione all'Avviso di cui all'oggetto le parti ritengono opportuna un'organizzazione comune delle attività relative e connesse alle operazioni conseguenti;
- che, per quanto sopra, le parti intendono partecipare all'avviso pubblico congiuntamente, impegnandosi alla costituzione dell'associazione Temporanea di Scopo di tipo _____ (orizzontale/verticale/misto) in caso risulti beneficiaria

DICHIARANO

- Che in caso risulti Beneficiaria del contributo sarà nominata **Capogruppo mandatario** la:

- Che si assumerà le seguenti parti del servizio e/o che svolgerà le seguenti attività: (specificare le attività)



Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

UOA "Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria"
SETTORE 1: Immigrazione, nuove marginalità e inclusione sociale, centro antidiscriminazione, contrasto alla povertà, famiglia e terzo settore, volontariato e servizio civile

- Che la **mandante**

si assumerà. le seguenti parti del servizio e/o che svolgerà le seguenti attività:
(specificazione attività)

- Che la **mandante**

si assumerà le seguenti parti del servizio e/o che svolgerà le seguenti attività:
(specificare le attività)

- Che la **mandante**

si assumerà le seguenti parti del servizio e/o che svolgerà le seguenti attività:
(specificazione attività)

- Che in conformità a quanto descritto al punto precedente, i predetti Rappresentanti Legali saranno responsabili in caso risultino beneficiari, del coordinamento con la Regione Calabria Dipartimento Salute e Welfare Settore 11: Immigrazione Nuove Marginalità e Inclusione Sociale, Centro Antidiscriminazione, Contrasto alla Povertà Famiglia e Servizi Educativi, Terzo Settore, Volontariato e Servizio Civile. Implementazione Misure FSE Programmazione 21/27 Obiettivo Specifico Inclusione
- Di impegnarsi, in caso risulti beneficiaria:
 - a non modificare, la composizione del Raggruppamento rispetto a quelle risultante dall'impegno presentato in sede di domanda di partecipazione all'Avviso e di perfezionare, in tempo utile, il relativo mandato irrevocabile;
 - a conferire, con unico atto, mandato collettivo speciale con rappresentanza al mandatario il quale stipulerà le convenzioni in nome e per conto proprio e delle mandanti;
- Che al futuro **Capogruppo/Mandatario** verranno conferiti i più ampi poteri sia per la stipula delle convenzioni, in nome e per conto proprio e delle mandanti, sia per l'espletamento di tutti gli atti dipendenti dalla stipula della Convenzione di concessione contributo e fino all'estinzione di ogni rapporto con la Regione Calabria.



Regione Calabria
Dipartimento Salute e Welfare

UOA "Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria"
SETTORE 1: Immigrazione, nuove marginalità e inclusione sociale, centro antidiscriminazione, contrasto alla povertà, famiglia e terzo settore, volontariato e servizio civile

CONSEQUENTEMENTE

I suddetti Rappresentanti legali, in caso l'ATS risulti beneficiaria dell'Avviso Pubblico, **si impegnano a conferire mandato collettivo speciale, con rappresentanza** e ampia e speciale procura gratuita e irrevocabile al Legale rappresentante dell'Ente Capogruppo

Le imprese:

Capogruppo _____ (legale rappresentante)
Timbro e firma

Mandante _____ (legale rappresentante)
Timbro e firma

Mandante _____ (legale rappresentante)
Timbro e firma

Mandante _____ (legale rappresentante)
Timbro e firma

Luogo e data _____

"Si dichiara di essere informato delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi previste dall'Art.76 del DPR 445/2000"

"Si dichiara altresì di essere informato ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 delle finalità e modalità di trattamento dei propri dati personali da parte della Regione Calabria, Dipartimento Salute e Welfare, Settore 1 Welfare: Immigrazione Nuove Marginalità e Inclusione Sociale, Centro Antidiscriminazione, Contrasto alla Povertà, Famiglia e Servizi Educativi, Terzo Settore, Volontariato e Servizio Civile. Implementazione Misure FSE Programmazione 21/27 Obiettivo Specifico Inclusione.

Nota: La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta dai legali rappresentanti con firma digitale o con firma autografa allegando copia di un documento di identità in corso di validità, dei Mandanti e per accettazione del Mandatario.