

## AII 1 ) MODULO DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di legale  
rappresentante dell'Ente/ Istituzione / Società / Organizzazione – Associazione denominata  
\_\_\_\_\_ **con sede legale** a \_\_\_\_\_ Via,  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale/Partita I.V.A. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo di posta elettronica ordinaria \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)  
\_\_\_\_\_

**ed avente sede operativa** a \_\_\_\_\_ Via, \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo di posta elettronica ordinaria \_\_\_\_\_ indirizzo di posta  
elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'adesione all'iniziativa di cui all'avviso pubblicato, propedeutica alla costituzione di una rete partecipata per la realizzazione di iniziative di promozione della salute nel territorio dell'Azienda USL di Bologna in riferimento ai seguenti ambiti territoriali :

( *selezionare l'ambito/ambiti territoriali di interesse* )

- Distretto Città di Bologna
- Distretto Pianura Est
- Distretto Pianura Ovest
- Distretto Savena Idice
- Distretto Appennino Bolognese
- Distretto Reno Lavino Samoggia
- Tutti i Distretti (ambito Aziendale)

### A TAL FINE DICHIARA

( *dichiarazioni non richieste per Enti pubblici* )

Sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli art. 46 e 47 del D.P.R. del 28.12.2000 n.445 e ss.mm ii. e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci:

1) che le attività proprie della Società /Cooperativa/Associazione/Organizzazione/Ente, anche a norma statutaria, sono le seguenti:

---

---

---

---

---

2) compilare solo la sezione di interesse :

-che gli estremi dell'iscrizione dell'Associazione/Organizzazione/Società ai Registri previsti dalla legge sono i seguenti:

Registro \_\_\_\_\_

Data di iscrizione \_\_\_\_\_ n. di iscrizione \_\_\_\_\_

-che gli estremi della iscrizione all'Albo regionale delle cooperative sociali e loro consorzi sono i seguenti:

Registro \_\_\_\_\_

Data di iscrizione \_\_\_\_\_ n. di iscrizione \_\_\_\_\_

-che gli estremi della iscrizione alla Camera di Commercio sono i seguenti:

Data di iscrizione \_\_\_\_\_ n. di iscrizione \_\_\_\_\_

- altro : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) che non è stata pronunciata nei confronti dello scrivente alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrarre con la P.A;

4) di non avere procedimenti penali in corso.

Referente da contattare: per la seguente procedura :

Nome .....

Cognome.....

Tel : \_\_\_\_\_ /cell: \_\_\_\_\_ mail : \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Si allegano:

documento identità del dichiarante

protocollo d'intesa e carta Datti una Mossa sottoscritti per accettazione

informativa privacy sottoscritta per accettazione.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

(timbro e firma)