*Allegato 1*

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO**

(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, art. 46 e 47 D.P.R.445/2000)

*Spett.le ASSVB*

*Via Locatelli 1*

*Piazza Brembana (BG)*

**Oggetto: Domanda di accreditamento per la realizzazione di interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare di cui all’art. 4 del Bando di accreditamento per enti che svolgono attività riconosciute dal fondo per il sostegno per il ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare**

Il sottoscritto(Cognome/Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nella persona del legale rappresentantedell’ente/soggetto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec/mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE di potersi accreditare per la realizzazione delle attività in oggetto;**

**DICHIARA** di accettare in ogni sua parte, senza riserva alcuna, l’iter procedurale dell’avviso;

**DICHIARA altresì** di avere seguenti requisiti specifici:

❑ non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti in corso;

❑ contratto applicato in conformità con la normativa vigente se utilizzo di personale assunto;

❑ Presenza di carta dei servizi/brochure illustrative dell’attività;

❑ Favorire attività in favore di persone con disabilità e dei loro familiari.

**DICHIARA** di aver preso visione dell'”Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e del D. Lgs. n.196/2003 e del D.lgs. 101/2018.

**Allegati:**

- Carta d’identità del legale rappresentante;

- Statuto o atto costitutivo;

- Carta servizi e/o Volantino informativo relativo alle attività svolte.

Data, Firma del legale rappresentante

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