**ALLEGATO A1**

(Generata compilando il formulario online)

|  |
| --- |
| Bollo € 16,00  (se esente indicare la normativa di riferimento) |

**DOMANDA DI AMMISSIONE A CONTRIBUTO**

**(Soggetto Capofila)**

REGIONE MARCHE

DIPARTIMENTO

POLITICHE SOCIALI,

LAVORO, ISTRUZIONE E

FORMAZIONE

**OGGETTO:** Avviso Pubblico per la presentazione di progetti integrati mirati al (re) inserimento nella vita sociale e lavorativa delle donne con pregressa patologia tumorale”, DGR n. 618 del 28/04/2025, PR Marche FSE+ 2021-2027 Asse 1 Occupazione, OS 4.c (3) bis – Campo di intervento 143: “ Euro 750.000,00

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cognome e nome)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo posta certificata (pec) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa integrale visione dell’Avviso pubblico, di cui accettano tutte le condizioni e gli impegni conseguenti,

**CHIEDE**

l’ammissione a finanziamento del progetto denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice SIFORM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(minimo € 90.000,00 max 150.000,00)

A tal fine, consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, nonché sulla responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci e alla formazione e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 47 del D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

In qualità di legale rappresentante e capofila della Associazione Temporanea di Impresa (ATI) / Associazione Temporanea di Scopo (ATS),

☐ costituita

☐ costituenda

*Nel caso di costituenda*

☐ di volersi costituire un’ATI/ATS con i soggetti indicati nell’Allegato 2

☐ che referente del progetto è :

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel/cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA ALTRESI’ DI :**

a) Sottoscrivere digitalmente la Convenzione con il Dipartimento, entro trenta (30) giorni dall’accettazione del finanziamento all’indirizzo http://firmacontratti.regione.marche.it

b) garantire per tutta la durata del progetto un numero minimo di destinatarie pari a 12, aventi i requisiti di cui all’art. 4

c) avviare le attività previste nel progetto entro 60 giorni dalla data di sottoscrizione della convenzione (salvo eventuali proroghe autorizzate dal Dipartimento di cui all’art. 13)

d) inserire in SIFORM/documenti richiesti, almeno 10 giorni prima della data prevista per l’avvio, la comunicazione di avvio completa della documentazione richiesta (’elenco delle azioni previste nel progetto e donne coinvolte (secondo fac-simili che saranno predisposti e inviati dal Dipartimento Regionale);

e) trasmettere le domande di rimborso/dichiarazioni delle spese sostenute e quietanzate, alle seguenti scadenze: 31/03, 30/06, 30/09 e 31/12. L’invio deve avvenire entro il quindicesimo giorno del mese successivo al periodo a cui si riferiscono le spese, tramite procedura di caricamento/trasmissione sul SIFORM2

f) concludere le attività progettuali entro 12 mesi dalla data di inizio attività, salvo eventuali proroghe autorizzate dal Dipartimento;

g) inserire in Siform2, entro 60 giorni successivi alla conclusione del progetto (12 mesi), salvo eventuali proroghe autorizzate, la richiesta saldo ed il rendiconto con allegata la documentazione prevista. La richiesta saldo e la relazione conclusiva dei risultati raggiunti va inserita nella sezione del siform2/”richiesta saldo” e “rendicontazione finale”

di assumersi i sottoelencati obblighi:

1. Avere sede legale all’interno dell’UE e sede operativa nel territorio della Regione Marche al momento del pagamento;
2. informare la Regione dell’insorgere di eventuali procedure amministrative o giudiziarie concernenti il progetto finanziato;
3. comunicare eventuali variazioni progettuali (non sono ammesse, in alcun caso, variazioni sostanziali del progetto oggetto di valutazione);
4. assicurare la realizzazione delle attività secondo quanto previsto nel progetto approvato
5. tenere un registro delle destinatarie del progetto nel quale vanno riportati giorni ed ore di presenze controfirmato giornalmente dai destinatari, redatto secondo un fac-simile conforme a quanto previsto dal manuale dei costi reali;
6. essere in regola con la normativa di cui alla L. n. 68/1999 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e successive modifiche;
7. rispettare il divieto di doppio finanziamento, rispetto al quale dovrà essere sottoscritta apposita dichiarazione in sede di rendicontazione
8. rispettare le disposizioni di cui al Regolamento (UE) 1060/2021 in materia di contabilità separata nella gestione delle somme trasferite dalla Regione Marche a titolo di finanziamento, di conservazione e ubicazione della documentazione amministrativa
9. garantire l’esposizione dei loghi PR Marche FSE+ 2021-2027 nella sede operativa e nel sito web dell’impresa, in conformità alla normativa comunitaria vigente. I loghi ufficiali sono scaricabili dal sito https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/Fondi-Europei/Programmazione-2021-2027.
10. garantire il monitoraggio dell’intervento attraverso l’implementazione del sistema informativo SIFORM2.

Alla presente allega la seguente documentazione:

1. **Allegato A2** Dichiarazione Sostitutiva ai sensi del DDPR 445/2000 dei legali rappresentati dei partners coinvolti nell’ATI/ATS diversi dal capofila debitamente sottoscritto e con allegati i relativi documenti di identità (nel caso di ATI/ATS non costituita). Nel caso di ATI o ATS costituita, allegare copia dell’atto di costituzione regolarmente registrato;
2. **Allegato A3** Scheda Progetto redatto utilizzando il fac- simile allegato. Da compilare ed allegare in formato pdf, firmato dai soggetti partner
3. **Allegato A4 elenco** delle risorse umane coinvolte nella fase 1, riportato solo a titolo esemplificativo, compilare il formulario on-line
4. **Curriculum Vitae** delle risorse umane coinvolte nella fase 1, corredati dai rispettivi documenti di riconoscimento
5. **Allegato A5** Piano finanziario riportato solo a titolo esemplificativo, compilare il formulario on line;
6. **Allegato A6** Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi del Regolamento 2016/679/UE GDPR), debitamente firmato da tutti i soggetti coinvolti nell’ATI/ATS
7. **Allegato A7** dichiarazione dei dati sulla titolarità effettiva da compilare a cura dell’associazione oncologia di cui all’art.4
8. **Dichiarazione di disponibilità delle imprese (**in qualità di Soggetti ospitanti) redatta su carta intestata e firmate dai legali rappresentanti. In caso di firma autografa allegare documento di identità del firmatario.
9. **Autorizzazione/validazione sanitaria delle attività previste** da parte di un Centro di Oncologia o reparto oncologico dell’ospedale territoriale, se non espressamente coinvolto nell’ATI/ATS.
10. Elenco dei servizi offerti dai componenti dell’ATI/ATS

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentante (Capofila)

*firma digitale, ai sensi e per gli effetti dell’art. 24 del D.L. n. 82/2005 ( del richiedente )*

*firma autografa dei componenti dell’ATI/ATS con allegati i documenti di identità in corso di validità*