ALLEGATO A2 - DOMANDA DI FINANZIAMENTO

|  |
| --- |
| C:\Users\ANDREA~1\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.212\ComposizioneLoghi.jpg |

**DOMANDA DI AMMISSIONE A FINANZIAMENTO**

**Soggetto Capofila**

Bollo

€ 16,00

Spett.le

Regione Marche

Servizio Politiche Sociali e Sport

Via G. da Fabriano n. 3

60125 – Ancona (AN)

[regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto:servizio.politichesociali_sport@regione.marche.it)

**Oggetto: POR Marche FSE 2014/2020 - Asse II – Priorità di investimento 9.1 – Risultato atteso 9.2 – Tipologia di azione 9.1.C - Interventi per l’inclusione socio-lavorativa delle persone sottoposte a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria – Piano 2017-2019**

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………………………………………………..…. nato a ……………………………………………………………………..…….…..... (…….), il ………………………………..

in qualità di legale rappresentante di ……………………………………..……………………………………………….

con sede legale in ……………………………..……..………. Via ……………………….……………………… n. ……….

C.F. …………………………………………..………….. Partita Iva ………………………………………………………………

E quale capofila della costituita ovvero costituenda

* Associazione Temporanea di Impresa (ATI)
* Associazione Temporanea di Scopo (ATS)

**C H I E D E**

L’ammissione a finanziamento del progetto denominato: “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ”

Codice Siform n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

**D I C H I A R A**

* che i soggetti costituiti/costituendi in ATI/ATS sono accreditati e/o convenzionati con il Servizio Sanitario Regionale, come da DGR 1071/2017 art. 5 e DGR 293/2016, art. 5, comma 2, lettere “e”, “f” e possono documentare un’esperienza pregressa di almeno 5 anni nel settore dell’inserimento lavorativo di persone sottoposte a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria;
* che per il medesimo progetto non è stato chiesto né ottenuto alcun altro finanziamento pubblico;
* di essere in regola con le disposizioni relative all’inserimento dei disabili di cui alla Legge

68/99;

* di conoscere la normativa comunitaria, nazionale e regionale che regolamenta l’utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Europeo (FSE) e in particolare le disposizioni contenute nei “Manuali per la gestione e la rendicontazione dei progetti inerenti la formazione e le politiche attive del lavoro” di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 802 del 04.06.2012 e alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1280 del 24.10.2016
* di volersi costituire (nel caso di costituenda ATI o ATS) per la realizzazione delle attività formative, in Associazione Temporanea di Impresa (ATI) o Associazione Temporanea di Scopo (ATS) con i seguenti soggetti:

Denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

Denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

Denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

Denominazione (o ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

Alla presente allega la seguente documentazione:

1. copia dell’atto di costituzione dell’ATI o ATS regolarmente registrato, laddove l’Associazione sia già costituita;

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

Firma del Legale Rappresentante

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