**All’ATS Insubria**

**Dipartimento P.I.P.S.S.**

**S.C. Area Salute Mentale**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**(artt. n. 46 e 47 D.P.R. n. 445 dd. 28.12.2000)**

Il/La sottoscritto/a……………………………………….

nato/a a ……………………………, il……………….

residente a ……………………………. Via …………………… n. ……

codice fiscale ………………………………………….

in qualità di Legale Rappresentante/Presidente o di altro soggetto munito di potere di rappresentanza

dell’Ente denominato……………………………….

con sede legale in ……………………. Via/Piazza ……………………………………… n. ……….. cap

con sede operativa in ……………………. Via/Piazza ……………………………………… n. ……….. cap

mail……………………………

PEC……………

numero telefonico ……….

Sito web

**manifesta l’interesse**

alla partecipazione al percorso di cui all’Avviso di co-programmazione, ai sensi dell’art. 55 del D.Lgs n. 117/2017, avviato da ATS Insubria e volto a favorire percorsi di promozione, prevenzione e inclusione nell’area della salute mentale, con l’intenzione di partecipare ai Tavoli riguardanti le seguenti macro-aree in ordine di interesse (apporre nei riquadri 1°, 2°, 3°):

**[󠄀 ]** implementazione della rete territoriale a supporto dello sviluppo di comunità competenti;

**[󠄀 ]** sistema di *governance* finalizzato alla ricomposizione degli interventi di prevenzione specifica in età evolutiva;

**[󠄀 ]** progetto di vita: percorsi di benessere e cura formali e informali.

A tal fine, consapevole delle conseguenze previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/00 in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 cit., sotto la propria personale responsabilità, in qualità di Legale Rappresentante/Presidente (o altro soggetto munito di potere di rappresentanza) dell’Associazione medesima,

**dichiara che l’Associazione/Ente**

(barrare la voce di interesse)

󠄀è iscritta/o al Registro Unico del Terzo Settore di cui al D.Lgs. 117/2017, in qualità di

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- NUMERO REPERTORIO RUNTS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- CODICE FISCALE ENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- RETE ASSOCIATIVA (SI/NO SOLO RETE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠄀 è iscritta/o al registro delle Onlus presso l’Agenzia delle Entrate

󠄀 è ancora coinvolta/o nel processo di trasmigrazione di cui all’articolo 54 del D.lgs. 117/2017;

**e, inoltre,**

󠄀 opera nell’ambito della salute mentale senza scopo di lucro da almeno 3 anni ed ha almeno una sede operativa nel territorio di competenza dell’ATS Insubria.

L’Associazione/Ente dichiara di voler coinvolgere nel processo di co-programmazione il seguente soggetto non iscritto al RUNTS o ad altro registro (denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ad esso legato da un accordo di rete per la realizzazione di (breve sintesi dell’oggetto dell’accordo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara che ogni comunicazione relativa al processo di co-programmazione deve essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica ordinaria:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dichiara, inoltre, di individuare quale proprio referente per la co-programmazione

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante (nel caso in cui la documentazione sia sottoscritta con firma olografa).

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

(Presidente/altro soggetto munito di potere di rappresentanza)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**