



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO DSS 54

**Comuni di: Castelvetro capofila - Campobello di Mazara - Partanna –
Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa - ASP TP**

Via Sardegna n. 7 – 91022 Castelvetro (TP)

UFFICIO DI PIANO

Allegato 3

Spett.le Comune di Castelvetro
II Direzione Organizzativa

protocollo@pec.comune.castelvetro.tp.it

Oggetto: Istruttoria pubblica per l'attivazione di un partenariato con Enti del Terzo Settore (ETS), ai fini della co-progettazione ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs n.117 del 03/07/2017, finalizzata alla gestione degli interventi finanziati dal programma regionale "DOPO DI NOI"

SCHEDA ESPERIENZE SPECIFICHE

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ () il _____
residente a _____ CAP _____ in Via/Piazza _____
n. ____ in qualità di _____ dell'Organismo _____
avente natura giuridica di _____ con sede legale in _____
CAP _____ Via/Piazza _____ n. ____ Codice fiscale _____
P.IVA _____ Telefono _____ e-mail _____
PEC _____;

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R n. 445 della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di documenti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;

Che l'esperienza di almeno un anno (12 mesi), anche non continuativi nello svolgimento di servizi ricolti a persone con disabilità (specificare: durata, committente, descrizione del servizio prestato, importo contrattuale, ed eventuali ulteriori elementi ritenuti idonei alla comprova dell'esperienza richiesta)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Luogo e data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(Firma digitale)

N.B: allegare copia del documento di riconoscimento.