

## ALLEGATO 1

Alla Direzione Politiche Sociali  
del Comune Capofila del Distretto D.1  
Agrigento

Pec: [servizio.protocollo@pec.comune.agrigento.it](mailto:servizio.protocollo@pec.comune.agrigento.it)

### MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ADESIONE ALLA "RETE TERRITORIALE PER LA PROTEZIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE" DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D1 – AGRIGENTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ (presidente, direttore, amministratore, legale rappresentante altro),  
rappresentante dell'Ente \_\_\_\_\_

presente/operante nell'ambito nel Distretto Socio Sanitario n.8 (dimensione: comunale - provinciale – regionale -  
nazionale)

con sede a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

#### ***Tipologia Ente:***

- Associazione di II livello
- Associazione di III livello
- Enti e associazioni in rappresentanza dei beneficiari degli interventi e dei servizi sociali

#### ***MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE***

Ad essere ammesso alla **Rete per la protezione e l'inclusione sociale** del Distretto Socio Sanitario AOD1 (Comune Capofila Agrigento, Aragona, Favara Raffdaali) *Intende partecipare ai seguenti tavoli tematici:*

**Famiglia – Minori – Anziani**

**Disabilità e Non autosufficienza,**

**Povert  ed Esclusione Sociale**

*Indica come referente per il Distretto Socio Sanitari D1 - a partecipare alla **Rete per la Protezione e l'Inclusione Sociale***

*il sig./dott.* \_\_\_\_\_  
*C.F.* \_\_\_\_\_ *cell.* \_\_\_\_\_  
*e-mail* \_\_\_\_\_ *pec* \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

di aver preso visione ed accettare :

- quanto disciplinato nell'Avviso Pubblico Distrettuale;
- che la Manifestazione di Interesse non comporta l'automatico inserimento nella Rete Territoriale per la Protezione e l'Inclusione Sociale;
- Che la "Rete" sar  composta e regolamentata attraverso specifico atto del Comitato dei Sindaci, una volta selezionati i componenti della stessa rete giusta specifica acquisizione di manifestazione di interesse;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario , all'atto di composizione della "Rete" potr  richiedere ulteriore documentazione attestante i requisiti richiesti nell'Avviso Pubblico Distrettuale;
- di essere a conoscenza che i dati forniti saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679);

Si impegna in qualit  di Ente del Terzo Settore, ad adeguarsi alle disposizioni previste nel Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117) e iscriversi al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), nel rispetto della tempistica prevista in sede nazionale e regionale.

**FIRMATO**  
**IL LEGALE RAPPRESENTANTE/ALTRO**

(indicare la carica sociale ricoperta)

timbro

\_\_\_\_\_

Allega alla manifestazione di interesse:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validit ;
- Curriculum dell'Ente che rappresenta;
- Statuto dell'Associazione ai sensi del D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117.