

ALLEGATO A

Manifestazione di interesse relativa alla co-progettazione di interventi a valere sul POR FSE RT 2014 – 2020 – ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE LOTTA ALLA POVERTA' – Avviso regionale: “Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili”

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ (____) il ____/____/____/
C.F. _____
residente in _____ (cap _____) Via _____
n. _____ in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)
Via _____
n. _____ C.F./P.IVA _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC _____
avente la seguente forma giuridica:

- In proprio
- Oppure in qualità di soggetto capofila del raggruppamento composto dai
soggetti di cui all'allegato B

(barrare la casella specifica)



SOCIETÀ DELLA SALUTE
ZONA BASSA VAL CECINA
CF 01491360499
Via Montanara s.n.c
57023 - CECINA

Tel 0586/0586/614431-4243

posta.cert.sds@pec.sdsbassavaldicecina.it

www.sdsbassavaldicecina.it



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE –
REGIONE TOSCANA

AZIENDA USL TOSCANA NORD
OVEST

P.I.-C.F. 02198590503
Via Cocchi, 7/9 – 56121 Pisa

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

MANIFESTA INTERESSE PER fine dichiara e informa che partecipare all'attività di co-progettazione mirata alla presentazione in partenariato con altri di uno o più progetti a valere sull'Avviso POR Regione Toscana FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 - Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà “Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili”

a tal fine dichiara che

- che l'impresa / ente svolge attività di:

- che, può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:



Società della Salute della Toscana

SOCIETÀ DELLA SALUTE
ZONA BASSA VAL CECINA
CF 01491360499
Via Montanara s.n.c
57023 - CECINA

Tel 0586/0586/614431-4243

posta.cert.sds@pec.sdsbassavaldicecina.it

www.sdsbassavaldicecina.it



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE –
REGIONE TOSCANA

AZIENDA USL TOSCANA NORD
OVEST

P.I.-C.F. 02198590503
Via Cocchi, 7/9 – 56121 Pisa

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

che il personale che si intende utilizzare (con allegato curriculum professionale dello stesso) nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:



SOCIETÀ DELLA SALUTE
ZONA BASSA VAL CECINA
CF 01491360499
Via Montanara s.n.c
57023 - CECINA

Tel 0586/0586/614431-4243

posta.cert.sds@pec.sdsbassavaldicecina.it

www.sdsbassavaldicecina.it

• che le strumentazioni, strutture che sono nella propria disponibilità e che verranno messe a disposizione per l'espletamento delle attività prevedibili del progetto FSE, sono:



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE –
REGIONE TOSCANA

AZIENDA USL TOSCANA NORD
OVEST

P.I.-C.F. 02198590503
Via Cocchi, 7/9 – 56121 Pisa

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

- che le Associazioni presenti nel territorio della zona-distretto con cui vigono rapporti di collaborazione sono le seguenti:



SOCIETÀ DELLA SALUTE
ZONA BASSA VAL CECINA
CF 01491360499
Via Montanara s.n.c
57023 - CECINA

Tel 0586/0586/614431-4243

posta.cert.sds@pec.sdsbassavaldicecina.it

www.sdsbassabaldicecina.it



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE –
REGIONE TOSCANA

AZIENDA USL TOSCANA NORD
OVEST

P.I.-C.F. 02198590503
Via Cocchi, 7/9 – 56121 Pisa

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

- Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

• che la persona incaricata di partecipare ai lavori del Gruppo di co-progettazione è (di cui si allega curriculum) : (Nome e Cognome) _____, nato a _____, il _____ CF _____, residente in _____ (cap _____), Tel. _____, e-mail _____;

• che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec _____

• di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;

• di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla fase di co-progettazione .

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)



SOCIETÀ DELLA SALUTE
ZONA BASSA VAL CECINA
CF 01491360499
Via Montanara s.n.c
57023 - CECINA

Tel 0586/0586/614431-4243

posta.cert.sds@pec.sdsbassavaldicecina.it

www.sdsbassavaldicecina.it



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE –
REGIONE TOSCANA

AZIENDA USL TOSCANA NORD
OVEST

P.I.-C.F. 02198590503
Via Cocchi, 7/9 – 56121 Pisa

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità