



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
**Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie**

Allegato B

**Avviso pubblico per Manifestazione di Interesse all'iscrizione nell'Elenco regionale di supporto qualificato al Programma Dopo di Noi**  
**Delibera di Giunta regionale n. 209 del 02/05/2024**

**DICHIARAZIONE DEI REQUISITI PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE DI SUPPORTO QUALIFICATO PER IL PROGRAMMA DOPO DI NOI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (data)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(luogo) (prov.)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
(luogo)

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

In qualità di legale rappresentante dell'Ente del Terzo Settore con denominazione

\_\_\_\_\_ e con C.F. \_\_\_\_\_

in ragione dei requisiti richiesti dall'art. 2 dell'Avviso pubblico per Manifestazione di Interesse all'iscrizione nell'Elenco regionale di supporto qualificato al Programma Dopo di Noi Delibera di Giunta regionale n. 209 del 02/05/2024



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
**Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie**

Allegato B

**AVVALENDOSI** delle disposizioni in materia di autocertificazione di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 della richiamata normativa per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R., sotto la propria personale responsabilità, ai fini di quanto previsto dall'art. 6 del D.P.R. 62/2013

**DICHIARA di**

- 1- Essere iscritto al RUNTS ovvero all'anagrafe unica delle ONLUS di cui all'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 460/1997 con decorrenza \_\_\_\_\_
- 2- Avere sede legale in Campania.

E, ai fini della collocazione nella relativa lista redatta su base provinciale, ai sensi dell'art. 5 del suddetto Avviso, dichiara che,

a) la sede legale dell'Ente del Terzo Settore è sita in \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

b) Possiede almeno una sede operativa permanente in Campania, sita in \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

c) Possiede altresì ulteriori sedi operative che, per la loro collocazione, possono consentire l'iscrizione in ulteriori liste provinciali e, in particolare, dichiara di possedere le seguenti ulteriori sedi operative:

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

- 3- Prevedere nel proprio Statuto o atto costitutivo lo svolgimento di attività a favore di persone con disabilità.  
A tal fine allega relativa documentazione a supporto della dichiarazione resa.
- 4- Aver maturato esperienza nell'ambito della progettazione personalizzata.
- 5- Impegnarsi, all'atto dell'eventuale nomina per le attività di cui al presente Avviso, ad assicurare l'assenza di conflitto di interessi, ovvero l'assenza di qualsivoglia interesse finanziario, economico o altro interesse personale, diretto o indiretto, che può costituire una minaccia all'imparzialità e all'indipendenza nel contesto della procedura in oggetto, nella fase di progettazione personalizzata e di attuazione del progetto medesimo.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
**Direzionale Generale Per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie**

Allegato B

- 6- Aver ricevuto e preso visione dell'Informativa Privacy (Allegato C), pertanto autorizza il trattamento dei dati acquisiti in relazione alla presente domanda, esclusivamente per le finalità per le quali essi vengono comunicati, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

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

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> La presente può essere sottoscritta o mediante firma digitale o autografa dell'istante; in quest'ultimo caso, occorre allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità.