**Al Direttore del Consorzio Valle del Tevere**

**Distretto Socio-sanitario RM**

**Ufficio di Piano del Consorzio**

**c/o Comune di Formello**

**Piazza S. Lorenzo n. 8**

[info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it)

**Oggetto: Istanza di richiesta di Adesione alla Consulta per le persone con disabilità del Distretto Socio-Sanitario RM 4.4**

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ), il \_/\_ / \_\_ , residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ), Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n. \_\_ , CAP\_\_\_\_\_\_,C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento d’identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Visto l’ “AVVISO PUBBLICO PER L’ADESIONE ALLA CONSULTA PER LE PERSONE CON DISABILITÀ DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 4.4”, approvato con Determinazione n. … del …e pubblicato sul sito internet del Consorzio Valle;

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste del successivo art. 76 del medesimo decreto per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

**RICHIEDE**

di aderire alla Consulta per le persone con disabilità del Distretto Socio-Sanitario RM 4.4 in qualità di:

* rappresentante della Associazione/Organizzazione no-profit, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che opera da almeno un anno nel settore della disabilità.

A tal fine dichiara che l’ Associazione/Organizzazione no-profit:

* è legalmente costituita ai sensi dell’art. 14 e seguenti del codice civile;
* è regolarmente iscritta nei registri regionali o nel RUNTS ai sensi del Codice del Terzo Settore (d.lgs 117/2017);
* ha sede legale o operativa nel territorio del Consorzio - Distretto Socio-sanitario RM 4.4;

e/o

* svolge attività nell’ambito del Distretto stesso;
* è operante da almeno un anno nel settore specifico.

Dichiara inoltre:

* di designare quale membro effettivo della Consulta il sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e quale membro supplente della Consulta il sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver preso visione del Regolamento della Consulta per le persone con disabilità del Distretto Socio-Sanitario RM 4.4 e di accettare quanto contenuto nello stesso nonché di impegnarsi alla sua osservanza;
* di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali in calce all’Avviso e, pertanto, di avere ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa.

Allega alla presente:

* Documento di identità del Rappresentante;
* Statuto dell’Organismo;
* Atto Costitutivo;
* Curriculum delle attività svolte;

(data) (firma)

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