*Attenzione: FAC SIMILE –* la domanda va presentata ESCLUSIVAMENTE a mezzo PEC al seguente indirizzo [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

su carta intestata del soggetto richiedente

All’ATS di Brescia

Viale Duca degli Abruzzi, 15

25124 – Brescia

Trasmissione via PEC

[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**Oggetto: Domanda di accesso al contributo relativo alla sperimentazione dei Centri per la famiglia ex DGR n. XII/4431/2025**

Denominazione ENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a,**

Cognome e Nome

in qualità di Legale rappresentante dell’Ente capofila \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP,

Indirizzo PEC (che ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative al progetto):

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

Indirizzo email del/della referente del progetto per le comunicazioni amministrative

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

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza dei contenuti dell’Avviso con gli allegati e della normativa di riferimento e di accettarli integralmente;
* di essere a conoscenza che i costi rimborsabili sul finanziamento regionale sono diversi da quelli già coperti da altre agevolazioni pubbliche (previste da norme comunitarie, statali, regionali) nel rispetto del divieto del c.d. doppio finanziamento e del concetto di cumulo delle misure agevolative;
* di impegnarsi a:
  1. predisporre un sistema di contabilità separata o una codificazione contabile adeguata per tutte le transazioni relative al progetto;
  2. accettare, anche durante la realizzazione dell’intervento, gli eventuali controlli di ATS o di Regione Lombardia e degli altri organi competenti;
  3. fornire dati e informazioni richiesti ai fini della valutazione dell’intervento oggetto della domanda stessa;
* di conservare tutta la documentazione relativa alla realizzazione del progetto presso la seguente sede (indicare indirizzo completo)

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

* di ottemperare alle norme di legge in materia di contribuzioni e di assicurazioni obbligatorie (cfr Durc) e di “Antimafia”;
* di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell’articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

**CHIEDE**

che il progetto (inserire titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_così come descritto nell’Allegato A1, con un costo totale previsto pari ad € …………………………. venga ammesso a beneficiare del contributo di €………………………………..garantendo una quota di cofinanziamento di € ………………………………………….

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato alla firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Informativa ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (l’informativa completa è pubblicata sul sito [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it):

* i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
* il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
* il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
* Titolare del trattamento è l’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia;
* Responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
* in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del Titolare/Responsabile del trattamento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. 679/2016/UE.

Dichiaro di aver preso visione dell’informativa e di esprimere il consenso al trattamento dei dati forniti.

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato alla firma