

RICHIESTA DI CONVENZIONAMENTO CON L'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA SERVIZI ALLA PERSONA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI SOCIALI AI SENSI DELLA MISURA B1 e B2 - DGR 1669/2023, DGR 2033/2024 e DGR 2166/2024 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze" Annualità 2023 esercizio 2024".

All'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona

Piazza Gabardi n. 3 – Solbiate Olona

La Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda _____

con sede in via _____ Comune _____

tel/fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale n°. _____ P.iva _____

nella persona del legale rappresentante Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

domiciliato per la carica presso la sede della _____

in base all'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del medesimo DPR, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

dichiara

di essere iscritto/a (albo, registro o altro elenco) _____ **dal**
(data di iscrizione) _____

(indicare solo se di pertinenza)

chiede

di convenzionarsi con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona per l'erogazione di prestazioni/servizi definiti "intervento sociali integrativi" a favore di minori e adulti con disabilità e anziani non autosufficienti, residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Castellanza.

Di seguito elenca i progetti- tipo di natura educativa/socializzante e/o di supporto al caregiver che potrà offrire ai beneficiari dei voucher per progetti integrativi sociali, **coerenti con le tipologie indicate nell'avviso pubblico all'art. 2** e sulla base del progetto individualizzato concordato con l'assistente sociale comunale (è possibile in alternativa allegare documento riassuntivo)

