

Spett.le  
**Ufficio di Piano Distretto 7 ASL MI 2**  
Comune di Rozzano  
P.za G. Foglia 1  
20089 Rozzano (Mi)

**Oggetto: domanda contributo “Fondo Sociale Regionale 2015”**

Il/la sottoscritto..... nato a ..... il .....  
C.F. ....

*in qualità di legale rappresentante*

dell'ente ..... con sede

legale a ..... in via .....

gestore [ ] pubblico [ ] privato

del servizio ..... denominato .....

gestito [ ] direttamente [ ] in convenzione / appalto

situato a ..... in via .....

Codice fiscale / Partita IVA .....

telefono ..... fax ..... e-mail .....

*(replicare nel caso di più servizi gestiti)*

***chiede***

la CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO in oggetto per i servizi e gli interventi sociali con sede nel territorio dell'Ambito di Rozzano, descritti nelle schede per la RENDICONTAZIONE ANNO 2015 relativamente al Fondo Sociale Regionale, qui allegate;

**dichiara**

- a) di conoscere i contenuti dell'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e i propri diritti di cui all'art. 7 dello stesso decreto ed acconsente alla comunicazione a terzi dei propri dati e di quelli contenuti nella documentazione allegata alla presente, esclusivamente per le finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente domanda;
- b) di aver correttamente compilato N. \_\_\_\_\_ schede allegate alla presente domanda;
- c) che i dati qui dichiarati sono veri e accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000, ovvero documentabili su richiesta dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Rozzano;
- d) che i servizi per i quale si chiede il contributo sono funzionanti nel corrente anno 2015 e si impegna a comunicare eventuali variazioni o cessazioni dell'attività nel corso del 2015;

**allega**

1) le schede di rendicontazione relative ai servizi:

**AREA MINORI**

- Affidi
- Servizi di Assistenza Domiciliare Minori
- Nido/Micronido pubblico
- Centro Prima Infanzia
- Centro Ricreativo Diurno
- Comunità Alloggio Minori: Comunità Familiare/Educativa/Alloggio per l'Autonomia
- Centro di Aggregazione Giovanile

**AREA DISABILI**

- Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili
- Servizi di formazione all'autonomia (SFA)
- Centri Socio Educativi (CSE)
- Comunità Alloggio per Disabili

**AREA ANZIANI**

- Servizi di Assistenza Domiciliare Anziani
- Alloggio protetto per Anziani

2) fotocopia del documento d'identità del Legale Rappresentante

data \_\_\_\_\_

Firma LEGALE RAPPRESENTANTE  
(Timbro e firma)