

Al Comune di Frosinone
Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone
Piazza VI Dicembre, snc
03100 Frosinone

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

Modello 1 – Organizzazioni di Volontariato / Associazioni di Promozione Sociale



Home care premium 2012

Assistenza domiciliare per non autosufficienti... perché non c'è posto migliore della tua casa

Modello per l'iscrizione al Registro del Volontariato sociale

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

in qualità di Legale Rappresentante

dell'Organizzazione di Volontariato (denominazione) _____

dell'Associazione di Promozione Sociale (denominazione) _____

con sede legale a _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ fax _____

e-mail _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritta al Registro Regionale del Volontariato (Det. Dir. regionale n. _____ del _____)

non iscritta al Registro Regionale del Volontariato

iscritta al Registro Regionale dell'Associazionismo (Det. Dir. regionale n. _____ del _____)

non iscritta al Registro Regionale dell'Associazionismo

CHIEDE

l'iscrizione al Registro del Volontariato Sociale – Sezione Organizzazioni di Volontariato/Associazioni di Promozione Sociale del Distretto Sociale B di Frosinone, istituito nell'ambito del progetto Home Care Premium 2012 Assistenza Domiciliare per non autosufficienti, promosso dall'INPS – Gestione Ex Inpdap, cui il Comune di Frosinone, in qualità di Capofila del Distretto, ha aderito sottoscrivendo apposito Accordo di Programma, in data 29.01.2013.

Il sottoscritto, consapevole delle disposizioni di cui agli artt. n. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art.76, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza e del Regolamento di adesione al progetto Home care premium 2012 (e note integrative) e di accettare tutte le condizioni in essi previste.

Dichiara altresì che l'OdV/AdPS è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti e che, per le finalità previste dall'Avviso Pubblico relativo alla presente istanza, ai fini dell'attuazione del progetto Home Care Premium 2012:

1. ha una sede operativa nel territorio provinciale di Frosinone, al seguente indirizzo (*compilare se diverso da quello della sede legale*):

2. si rende disponibile allo svolgimento delle seguenti attività:

3. ricorrerà, per lo svolgimento delle suddette attività, all'impiego delle seguenti risorse umane (*numero e tipologia di figure professionali*) presenti nell'OdV / AdPS:

4. si impegna ad assicurare la continuità e la regolarità delle attività per le quali si è resa disponibile, per tutta la durata del progetto e per ciascun Programma socio-assistenziale sottoscritto con l'utenza;
5. per le attività svolte riceverà, a cura e carico del soggetto beneficiario, un contributo/liberalità a titolo di rimborso spese, definito e concordato con lo stesso e comunque non superiore a € 7,00 per ora di intervento.

ALLEGA

- copia in corso di validità del documento di identità del Legale rappresentante dell'OdV / AdPS;
- curriculum vitae dell'OdV / AdPS aggiornato alla data di presentazione della presente istanza;
- copia dell'Atto di costituzione e dello Statuto (*esclusivamente in caso di OdV / AdPS non iscritte ai Registri regionali*).

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data _____

Firma
