**Allegato 1**

*(da stampare su carta intestata)*

Spett.le

Azienda Speciale Consortile Galliano

via Cavour n. 19

22063 Cantù (CO)

tel. 031.717423 - fax 031.717420

email: info@aziendaspecialegalliano.it

PEC aziendagalliano@pec.it

**Oggetto : Domanda assegnazione risorse Fondo Sociale Regionale (DGR 6974/2017).**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di **legale rappresentante** del/della (Comune/società/cooperativa/associazione ecc)

con sede legale a in via \_\_\_

telefono

indirizzo di posta elettronica certificata

Partita I.V.A. Codice Fiscale \_\_\_

In qualità di Gestore

**CHIEDE IL CONTRIBUTO**

del Fondo Sociale Regionale anno 2017 (DGR 6974/2017) per le seguenti unità di offerta:

*(indicare analiticamente la/le unità di offerta):*

1. Unità di offerta:

Tipologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

situata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Unità di offerta:

(tipologia)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

denominata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

situata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 *(replicare nel caso di più servizi gestiti)*

**DICHIARA**

che, sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 43 del DPR 445/2000 e s.m.i., i dati comunicati con la presente domanda sono veri e accertabili ovvero documentabili su richiesta;

**ALLEGA**

Fotocopia del documento di identità del legale rappresentante

Il contributo, qualora spettante, è da erogare mediante bonifico bancario presso:

Banca/Banco Posta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e Data Il Legale Rappresentante

 (timbro e firma)

…………………………………… ……………………………………

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RESA AI SENSI**

**DELL’ART. 13 DEL D.LGS. 196/03 “IL CODICE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs.196/03 ed in relazione ai dati contenuti nella presente domanda, La informiamo che:

* + i dati sono raccolti esclusivamente ai fini della concessione ed erogazione del contributo del Fondo Sociale Regionale anno 2017;
	+ i dati saranno trattati da parte del personale del Azienda Speciale Consortile Galliano, dell’ATS Insubria e della Regione Lombardia (Enti a cui l’Azienda deve rendicontare destinatari ed utilizzo dei contributi a valere sul Fondo Sociale Regionale) in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico nel rispetto delle leggi vigenti;
	+ il conferimento dei dati è indispensabile ai fini dell’erogazione del contributo;
	+ l’eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l’impossibilità da parte di questo Ente a dar corso alla domanda;
	+ l’interessato o il soggetto che rende la dichiarazione in sua vece potrà esercitare in ogni momento i diritti previsti dal D.Lgs. 196/03;
	+ il titolare cui competono le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento e della tutela dei dati personali è l’Azienda Speciale Consortile Galliano

Il sottoscritto, preso atto dell’informativa di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/03, acconsente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, per le finalità e con le modalità sopra elencate.

Luogo e Data Il Legale Rappresentante

 (timbro e firma)

…………………………………… ……………………………………