

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI PER LA GESTIONE DELL'INTERVENTO TRIENNALE "SOSTEGNO FRAGILITÀ ANZIANI – UNA RETE DI PROSSIMITÀ"

ALLEGATO 3 (IMPEGNO FORMALIZZAZIONE PARTENARIATO)

**DA COMPILARSI DA PARTE DEL SOGGETTO CAPOFILA
E DA TUTTI I SOGGETTI PARTNER
(SOLO IN CASO DI PARTECIPAZIONE IN ASSOCIAZIONE)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ () il ____/____/____/
C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via _____
n. _____, in qualità di legale rappresentante di _____
avente sede legale in _____ (cap _____) Via _____
n. _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ () il ____/____/____/
C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via _____
n. _____, in qualità di legale rappresentante di _____
avente sede legale in _____ (cap _____) Via _____
n. _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ () il ____/____/____/
C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via _____
n. _____, in qualità di legale rappresentante di _____
avente sede legale in _____ (cap _____) Via _____
n. _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ a _____ () il ____/____/____/
C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via _____
n. _____, in qualità di legale rappresentante di _____
avente sede legale in _____ (cap _____) Via _____
n. _____

DICHIARANO



CONSAPEVOLI DEGLI EFFETTI PENALI PER DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ IN ATTI ED USO DI ATTI FALSI AI SENSI DELL'ARTICOLO 76 DEL CITATO DPR 445/2000, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

CHE, IN CASO DI AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO “SOSTEGNO FRAGILITÀ ANZIANI – UNA RETE DI PROSSIMITÀ”, PROVVEDERANNO ALLA FORMALIZZAZIONE DEL PARTENARIATO MEDIANTE ACCORDO, DA SOTTOSCRIVERSI PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE TRA ASL E SOGGETTO CAPOFILA, PENA LA DECADENZA DELL’AFFIDAMENTO STESSO

Luogo e data _____, ____/____/____

Capofila _____

Partner _____

Partner _____

Partner _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FOLENA MANUELA

DATA FIRMA: 28/04/2026 15:14:00

IMPRONTA: 65316436363535326465346530343864386239663633666564623466626138636534643066343362