**Allegato 1**

**ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Al Comunedi Albano Laziale

Capofila Distretto Socio-Sanitario RM 6.2

c.a. dott.ssa Simona Polizzano

PEC: distrettorm6.2@pec.albanolaziale.rm.it

*(da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti)*

OGGETTO: “manifestazione di interesse per l’individuazione dei centri anziani del territorio del distretto sociosanitario RM 6.2, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di disturbo da gioco d’azzardo (dga).”

Il/La sottoscritto/a, Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# **PRESENTA**

istanza per la “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per l’individuazione dei Centri Anziani del territorio della Regione Lazio, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA).

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dalla medesima normativa in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere,

# **DICHIARA**

1. Di essere legale rappresentante (o suo delegato) della APS denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

convenzionata con il Comune di ( ) per la gestione del Centro Anziani con sede in via/piazza n.

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC

eventuale sito WEB \_\_\_\_

1. di aver preso visione della presente manifestazione di interesse e di accettarne quanto stabilito in ogni sua parte;
2. che alla data del 30 giugno 2023 al centro anziani risultano iscritti n.\_\_\_\_\_\_\_ soci;
3. che il centro anziani

 è

 non è

Registrato all’Anagrafe Strutture Socio Assistenziali (ASSA)\* in data \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

*(\*) L’iscrizione all’ASSA, che deve avvenire a cura del Comune, costituisce pre-requisito del Centro Anziani per partecipare al programma degli interventi. Nell’eventuale mora di tale iscrizione, i Centri Anziani possono comunque presentare ai rispettivi Distretti socio-sanitari la propria manifestazione d’interesse a beneficiare degli interventi previsti. Si raccomanda la compilazione del punto D per facilitare le verifiche tempestive da parte del distretto.*

## *I dati personali raccolti con la presente istanza saranno trattati nei limiti strettamente necessari all’espletamento degli adempimenti oggetto della presente procedura nei termini indicati nella manifestazione d’interesse di cui all’oggetto.*

Luogo e data Firma

ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA:

- Documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario della richiesta.