

ALLEGATO B

Data _____

(denominazione del soggetto richiedente)

Via/piazza _____

Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cell.. _____

e-mail _____

C.F./P.IVA _____

ALLA SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE

Oggetto: domanda di contributo Anno 2019, per la seguente iniziativa/progetto

Con la presente si trasmette la domanda di contributo per l'iniziativa/progetto programmata da questo ente/associazione per l'anno 2019.

Nella domanda, redatta con il presente modulo previa visione delle disposizioni e dei termini previsti dall'avviso pubblico per la erogazione di contributi economici, sono riportati i dati e le informazioni utili per una valutazione della richiesta.

Cordiali saluti.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INIZIATIVA/PROGETTO SVILUPPATA DA QUESTA ASSOCIAZIONE PER L'ANNO 2019 IN AMBITO SOCIO SANITARIO E SOCIO ASSISTENZIALE

Io sottoscritto _____ C.F. _____ nato a _____ residente in _____ via _____ n. ____ tel. _____ nella sua qualità di Presidente e/o legale rappresentante dell'associazione _____ con sede in _____ via _____ n. ____ tel. _____, C.F./P.IVA: _____ iscritta nel registro provinciale delle Associazioni di Volontariato/Promozione Sociale (cancellare quello che non interessa) al nr. _____

consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, fa istanza per ottenere la concessione di un contributo di _____, in nome e per conto dell'ente sopra indicato, da parte della Società della Salute di Firenze a sostegno dell'attività che il predetto ha effettuato/sta effettuando nel settore _____, secondo quanto sotto indicato.

1. INIZIATIVA/PROGETTO

1.1 RESPONSABILE DEL PROGETTO _____

Tel. ____/_____

1.2 ATTIVITÀ SVOLTA (indicare sinteticamente il tipo di attività svolta in corrispondenza degli scopi perseguiti)

1.3 DENOMINAZIONE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO

1.4 ALTRI SOGGETTI CHE COLLABORANO ALL'INIZIATIVA/PROGETTO (specificare quali Enti/Istituzioni,

modalità collaborative e risorse)

1.5 DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLE INIZIATIVE ATTIVITÀ PREVISTE DALL'INIZIATIVA/PROGETTO

1.6 TEMPI DI REALIZZAZIONE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO

DA ___/___/___ A ___/___/___

1.7 LUOGO E SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'INIZIATIVA/PROGETTO

1.8 RELAZIONE SU FINALITA' E OBIETTIVI DELL'INIZIATIVA/PROGETTO *

* ALLEGATI: documenti, relazioni tecniche, elaborati tecnici e finanziari relativi al progetto, ecc.

1.9 ELEMENTI DESCRITTIVI E DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO TERRITORIALE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO (specificare soggetti pubblici e privati coinvolti, il campo di applicazione dell'iniziativa/progetto, risultati attesi, ecc.)

2. PREVENTIVO DEI COSTI DA SOSTENERE/SOSTENUTI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INIZIATIVA/PROGETTO

Indicare il costo preventivato con articolazione del preventivo, se composto da più voci, o allegare preventivo dettagliato eventualmente già predisposto a integrazione o in sostituzione del prospetto che segue

VOCI DI SPESA (in dettaglio)	IMPORTO
Spese per il personale (specificatamente adibito al progetto)	” _____
Spese per prestazioni professionali	” _____
Spese per lavori	” _____
Spese per altri servizi	” _____
Spese di stampa, informazione e postali	” _____
Spese per acquisto e locazione materiale e strumenti	” _____
Spese per attrezzature e locali, etc.	” _____
Spese telefoniche, fax, ecc.	” _____
Spese per alloggio, accoglienza, trasferte, viaggi e rimborsi spese	” _____
Spese di rappresentanza	” _____
Altre spese (specificare)	” _____
TOTALE	_____

3. PREVENTIVO DELLE RISORSE FINANZIARIE NECESSARIE PER IL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

Indicare il preventivo delle risorse, come da prospetto che segue, con l'articolazione dei singoli contributi ragionevolmente attesi o concessi da altri soggetti. In particolare:

VOCI DI ENTRATA	IMPORTO
Contributo richiesto alla Società della Salute	” _____
Risorse proprie	” _____
Contributi richiesti ad altri soggetti	” _____
Contributi concessi da altri soggetti	” _____
TOTALE	” _____

Dichiara, altresì,

1. di non essere debitore di somme nei confronti della Società della Salute o degli enti consorziati;
2. di essere debitore, nei confronti della Società della Salute o degli enti consorziati, per " _____

Firenze, lì

firma del Legale Rappresentante

MODALITÀ DI PAGAMENTO

a- mediante accredito su c/c postale IBAN n. _____

intestato all'ente/associazione _____

b- mediante accredito su c/c bancario IBAN n. _____

presso l'istituto _____ intestato
all'ente/associazione _____

Firenze, lì _____

firma _____ .

N.B. contrassegnare la lettera interessata.

Ai sensi degli art. 38, comma 2, e 47 del D.p.r. n. 445/00 la presente dichiarazione non è soggetta ad autentica della firma se:

- sottoscritta dall'interessato in presenza dell'incaricato che riceve il documento;
- inviata corredata di fotocopia di documento d'identità.

Si richiama l'attenzione sulle conseguenze previste dalla legge per falsità e dichiarazioni mendaci.

Art. 74 del D.p.r. n. 445/00: "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico, è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia". Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione dovesse emergere la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 73).

Informativa ai sensi del decreto legislativo n. 196/03: i dati indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale la dichiarazione di cui sopra si riferisce.

Oggetto: Impegno a rendicontazione

Al Direttore della Società della Salute

Il sottoscritto _____
in qualità di _____
dichiara di impegnarsi a trasmettere, ad attività conclusa, dettagliata rendicontazione
dell'iniziativa/progetto denominata _____
iniziata il _____ sia in termini finanziari che dei risultati ottenuti, secondo la modulistica
trasmessa dalla Società della Salute.

Data _____

(firma del legale rappresentante)

RISERVATO ALLA SOCIETÀ DELLA SALUTE

Parere sull'accoglimento dell'intervento/progetto

Positivo

Negativo

Previsione contributo della Società della Salute " _____

Motivazioni:

Data _____

I componenti della Commissione
