



**BANDO**

**PROGETTI DI SUPPORTO PSICO-FISICO**

In attuazione dell'Atto di indirizzo di cui alla  
D.G.R. n. 38-5199 del 14/6/2022

Esercizio 2022

D.D. n. 1087 del 20/6/2022

**DICHIARAZIONE DI ACCORDO**  
**per la costituzione del**  
**PARTENARIATO**

**Regione Piemonte**

Direzione Sanità e Welfare

Settore Politiche per i bambini, le famiglie, minori e giovani, sostegno alle situazioni di fragilità sociale

Via Bertola, 34

10122 TORINO

DENOMINAZIONE DEL PROGETTO: **Progetti di supporto psico-fisico.**

Il/la sottoscritto/a:

_____BOBICE_____	_____	ENZO_____
(Cognome)		(Nome)
nato/a a _____CORREZZOLA		PD 03/08/1952_
(Comune)		(Prov.) (Data)
residente a _____BORGOMANERO	NO	VIA __FRANZI N. 21
(Comune)	(Prov.)	(Indirizzo)
Codice Fiscale. __ BBCNZE52M03D040R __ Documento d'Identità N._AV6611287		
In qualità di Legale Rappresentante della seguente Amministrazione pubblica:		
Denominazione __CONSORZIO CISS DI BORGOMANERO		
Codice Fiscale 91006010036		
Sede legale:		
BORGOMANERO (NO)		
Indirizzo __VIALE LIBERTA' N. 30		
Casella di posta elettronica certificata (PEC) __protocollo@pec.cissborgomanero.it		

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000,

- che la sottoscrizione del presente atto tra le parti risulta come impegno già formalizzato in caso di approvazione del progetto presentato;
- di essere consapevole che l'adesione comporta precisi impegni da rispettare per tutta la durata temporale del progetto;
- di aver illustrato gli impegni ai partner di progetto, prima della presentazione dell'istanza, in quanto gli stessi condizionano l'ammissione al finanziamento del soggetto capofila e devono essere mantenuti sino al termine del progetto in quanto saranno verificati anche in fase di rendicontazione finale;

- di diffondere la Carta Giovani Nazionale sul territorio, quale strumento del Governo finalizzato a promuovere una migliore qualità della vita delle giovani generazioni; far conoscere la piattaforma web GIOVANI2030, realizzata, a livello nazionale;
  - di costituirsi in partenariato pubblico con i seguenti sottoscrittori:
- 1) Struttura complessa di Psicologia dell'ASL.....avente sede a .....
  - 2) N. \_\_\_ Comuni;
  - 3) N. \_\_\_ Centri di Aggregazione giovanili;
  - 4) N. \_\_\_ organizzazioni di volontariato già iscritte al registro regionale delle ODV o neoiscritte al RUNTS

I partner di RETE

### **SI IMPEGNANO A**

- partecipare a tutte le attività illustrate e previste dal progetto;
- rispettare gli impegni presi quali aderenti al progetto;
- pubblicizzare adeguatamente e in maniera corretta le attività, precisando le fonti di finanziamento per le attività co-finanziate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale e dalla Regione Piemonte;
- rispettare la normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza dei lavoratori e dei partecipanti impegnati nelle iniziative approvate;

### **CONSAPEVOLI CHE**

**il mancato adempimento di ciascuno degli obblighi sopra descritti od irregolarità, se accertati, può costituire elemento sufficiente per annullare in sede di autotutela ex art. 21 octies e 21 nonies L. 241/1990 s.m.i. o revocare, ai sensi dell'art. 21 quinquies L.241/1990, l'approvazione del progetto e l'assegnazione del finanziamento con l'obbligo conseguente di restituzione di somme già erogate in capo al capofila;**

l'utilizzo indebito dei contributi erogati costituisce danno erariale e genera responsabilità amministrativa e contabile in capo al rappresentante legale;

### **INDIVIDUANO**

L'Amministrazione pubblica \_\_\_\_\_ come soggetto capofila al quale spetterà la rappresentanza esclusiva dei componenti del partenariato nei riguardi della Regione Piemonte e che sarà l'unico responsabile nei confronti della Regione Piemonte della corretta attuazione del progetto medesimo.

### **SOTTOSCRIVONO**

l'adesione al progetto e

### **DICHIARANO**

le proprie generalità di seguito riportate:

\_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (Data) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (Indirizzo) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale. \_\_\_\_\_ Documento d'Identità N. \_\_\_\_\_

In qualità di **Legale Rappresentante del Comune di** \_\_\_\_\_

Indica quale **Referente di progetto** per il Comune

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC del Comune \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Replicare e compilare la tabella sopra riportata per ciascun Comune partner di rete.*

\_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (Data) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (Indirizzo) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale. \_\_\_\_\_ Documento d'Identità N. \_\_\_\_\_

In qualità di **Legale Rappresentante della struttura complessa di psicologia dell'ASL** \_\_\_\_\_

Indica quale **Referente di progetto** per la Struttura complessa di psicologia del territorio

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

PEC della struttura complessa di psicologia \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (Data) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ (Indirizzo) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale. \_\_\_\_\_ Documento d'Identità N. \_\_\_\_\_

In qualità di **Legale Rappresentante del Centro di Aggregazione** \_\_\_\_\_

Indica quale **Referente di progetto** per il CAG

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

PEC del CAG \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Gli enti del terzo settore

## DICHIARANO

inoltre che tra le attività presenti nei propri STATUTI vi sono quelle afferenti alle politiche giovanili e che le generalità sono:

_____	_____
(Cognome)	(Nome)
nato/a a _____	(____) il _____
(Comune)	(Prov.) (Data)
residente a _____	(____) in _____
(Comune)	(Prov.) (Indirizzo)
Codice Fiscale. _____	Documento d'Identità N. _____
In qualità di Legale Rappresentante della ODV _____	
neoiscritta al RUNTS con provvedimento di iscrizione alla data del _____ (entro la scadenza del bando)	
oppure in fase di trasmigrazione nel RUNTS in quanto già iscritta al registro regionale delle ODV	
<b><u>Referente di progetto</u></b> per la ODV	
Cognome e nome: _____ - tel. _____	
Casella di posta elettronica certificata (PEC) della ODV _____	
Data _____	Firma _____

*Replicare e compilare la tabella sopra riportata per ciascuna ODV partner di rete.*

Qualora l'apposizione della firma sulla presente dichiarazione sia autografa (non digitale) va corredata da copia di un documento di identità valido.

**Il legale rappresentante dell'Ente attuatore deve inoltrare a mezzo PEC la presente dichiarazione di partenariato, firmata digitalmente o in formato analogico, congiuntamente all'istanza pena l'inammissibilità al finanziamento.**