**TIME TO CARE**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a ……………………………………. Nato/a a …………………………….…………. (Prov. …..) il ……………….., residente a ……………………………………..……. via …………………….…………………., in qualità di legale rappresentante dell’ente ……………………………………………..……………………..

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

* Di avere almeno 100 propri associati e/o sedi operative dislocate in almeno 5 regioni. come da all. I che costituisce parte integrante della presente dichiarazione;
* Di avere n. ……… dipendenti e n. ……………….. volontari, diretti e indiretti;
* Di possedere i requisiti di ordine generale e morale, di trasparenza e accountability; in particolare il rappresentante legale e gli amministratori non devono aver riportato condanne penali, passate in giudicato, per reati che comportano l’interdizione dai pubblici uffici e l'incapacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* di avere esperienza non inferiore a 5 anni nello specifico ambito di intervento dell’Avviso del 29/05/2020 del Forum Nazionale del Terzo Settore, come da all. II che costituisce parte integrante della presente dichiarazione;

se l’ente proponente svolge direttamente i progetti:

* di avere nella propria disponibilità le sedi come da all. III, che costituisce parte integrante della presente dichiarazione, ove svolgere i progetti e che le stesse sono conformi alle disposizioni dettate in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni.

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Luogo e data firma digitale del dichiarante \*

**N.B.:** la presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all’autorità giudiziaria**.

\* In mancanza della firma digitale, occorre apporre firma autografa e allegare un documento di identità valido.

**ALL. I**

**prospetto indicante per ogni Regione il numero di sedi operative o enti associati**

|  |  |
| --- | --- |
| **REGIONE** | **numero di sedi operative o enti associati** |
| Abruzzo |  |
| Basilicata |  |
| Calabria |  |
| Campania |  |
| Emilia Romagna |  |
| Friuli Venezia Giulia |  |
| Lazio |  |
| Liguria |  |
| Lombardia |  |
| Marche |  |
| Molise |  |
| Piemonte |  |
| Puglia |  |
| Sardegna |  |
| Sicilia |  |
| Toscana |  |
| Trentino Alto Adige |  |
| Umbria |  |
| Val d’Aosta |  |
| Veneto |  |
| **TOTALE** |  |

**ALL. II**

**ESPERIENZA: BREVE RELAZIONE NELLO SPECIFICO AMBITO DI INTERVENTO DELL’AVVISO**

(a partire da maggio 2015) (Max 5000 caratteri)

………

**ALL. III**

**ELENCO DELLE SEDI CONFORMI ALLE DISPOSIZIONI DETTATE IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO DAL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008, N. 81 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI**

**Riportare solo le sedi dove vengono impiegati giovani direttamente contrattualizzati dalla rete associativa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Regione** | **Sede di attuazione** | | **Rete Nazionale** |
| **Città** | **indirizzo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |