

**Al Ministero della Giustizia
Dipartimento per la Giustizia Minorile e di
Comunità**

**Ufficio interdistrettuale di esecuzione
penale esterna per la Sicilia**

Fare clic qui per immettere testo.

OGGETTO: Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura di coprogettazione ai sensi dell'art. 55 del d. lgs. n. 117/2017 di cui all'Avviso pubblico del __/04/2020 del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità – Ufficio interdistrettuale di esecuzione penale esterna per la Sicilia.

Progetto di Inclusione Sociale per Persone Senza Fissa Dimora in Misura Alternativa

Il/la sottoscritto/a _____ qualità di _____ e legale rappresentante
ovvero di Procuratore (giusta Procura n. _____ di repertorio
_____ ai rogiti Notaio _____ qui allegata) del/della
_____, con sede legale in _____, prov. _____, via
_____, n. _____ codice fiscale _____, partita IVA
_____, Tel. _____, PEC _____, quale
soggetto proponente la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui
può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28
dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000,

MANIFESTA L'INTERESSE

del suddetto ente a partecipare alla procedura individuata in oggetto e, a questo effetto,

DICHIARA

- che i dati sopra riportati sono corretti e veritieri;
- che il soggetto proponente suindicato possiede i seguenti requisiti previsti dall'Avviso:
 - essere organizzazione di volontariato, ovvero associazione di promozione sociale, ovvero impresa sociale comprese le cooperative sociali, ovvero rete associativa, iscritta da almeno un anno alla data di scadenza dell'Avviso ai Registri Regionali di riferimento;
ovvero
essere Ente riconosciuto dalle confessioni religiose con cui lo Stato ha stipulato Patti, Accordi o Intese;
 - avere almeno una sede nella/e Provincia/e o Area/e metropolitana/e per la/e quale/i la proposta è presentata;
- di presentare, quale parte integrante della presente, i seguenti allegati:
 - all. n. 1 – formulario di progetto conforme al modello pubblicato;
 - all. n. 2 – dichiarazione sostitutiva del proponente e di ciascuno dei partner (esclusi gli enti pubblici);
 - all. n. 3 – atto costitutivo dell'ATS o dichiarazione di impegno a costituirsi in ATS (nel caso di più partner);
 - all. n. 4 – consenso informato al trattamento dei dati.
- che ogni comunicazione relativa alla procedura suddetta vada inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui corretta operatività il dichiarante assume ogni rischio):

Luogo __/04/2020

FIRMA del legale rappresentante
digitale o autografa

Si allega copia fotostatica non autenticata di documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Allegato n. 1**FORMULARIO DI PROGETTO**

DENOMINAZIONE:	PROGETTO DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE SENZA FISSA DIMORA IN MISURA ALTERNATIVA
DURATA	6 mesi
PROVINCIA/E E/O AREA/E METROPOLITANA/E DI SVOLGIMENTO	
IMPORTO FINANZIAMENTO DGMC	€
IMPORTO DEL CO FINANZIAMENTO	€
COSTO TOTALE	€

1. SOGGETTI**SOGGETTO attuatore/capofila**

1.2a	Denominazione o Ragione Sociale			
Sede legale: Indirizzo				
CAP	Città	Provincia		
Tel	PEC			
Natura giuridica				
Eventuale sede operativa nella provincia: Indirizzo				
CAP	Città	Provincia		
Tel	PEC			
Rappresentante legale				
Referente per il progetto				
Indirizzo				
CAP	Città	Provincia		
Tel	e.mail			
Aree di attività (in particolare quelle inerenti al progetto)				
<input type="checkbox"/> alloggio sociale <input type="checkbox"/> interventi e servizi sociali <input type="checkbox"/> tutela dell'ambiente e degli animali <input type="checkbox"/> interventi e prestazioni sanitarie <input type="checkbox"/> prestazioni socio-sanitarie <input type="checkbox"/> servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori <input type="checkbox"/> educazione, istruzione e formazione professionale, attività culturali <input type="checkbox"/> accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti <input type="checkbox"/> beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti <input type="checkbox"/> altro (specificare)				
Competenze (complessive ed in particolare quelle riferite all'ambito di riferimento del progetto)				
Esperienze (pregresse ed in particolare quelle riferite all'ambito di riferimento del progetto)				

1b. eventuale SOGGETTO facente parte dell'ATS *(ripetere per ogni soggetto coinvolto)*

Denominazione o Ragione Sociale					
Natura giuridica					
Sede legale					
Indirizzo					
Cap		Città		Prov.	
Tel.		Fax		E-mail	
Eventuale sede operativa nella provincia:					
Indirizzo					
CAP		Città		Provincia	
Tel		PEC			
Rappresentante legale					
Cognome e Nome				Titolo	
Indirizzo					
Cap		Città		Prov.	
Tel. mobile		Fax		E-mail	
Referente del progetto					
Cognome e Nome				Titolo	
Indirizzo					
Cap		Città		Prov.	
Tel. mobile		Fax		E-mail	
Tipologia					
<input type="checkbox"/> Soggetto PROFIT		(specificare)			
<input type="checkbox"/> Soggetto NON PROFIT		(specificare)			
Compiti nel progetto					
Aree di attività (in particolare quelle inerenti al progetto)					
<input type="checkbox"/> alloggio sociale		<input type="checkbox"/> interventi e servizi sociali		<input type="checkbox"/> interventi e prestazioni sanitarie	
<input type="checkbox"/> educazione, istruzione e formazione professionale, attività culturali		<input type="checkbox"/> prestazioni socio-sanitarie		<input type="checkbox"/> servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori	
<input type="checkbox"/> accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti		<input type="checkbox"/> beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti			
<input type="checkbox"/> altro (specificare)					
Competenze (complessive ed in particolare quelle riferite all'ambito di riferimento del progetto)					
Esperienze (pregresse ed in particolare quelle riferite all'ambito di riferimento del progetto)					
Ruolo e suddivisione finanziaria					
Descrivere, in maniera sintetica, per ciascun partner: • suddivisione delle responsabilità e dei ruoli per l'esecuzione materiale del programma di lavoro; • suddivisione finanziaria e modalità di utilizzo delle risorse e rendicontazione delle spese. <u>Nella suddivisione dei ruoli restano comunque in capo al soggetto attuatore le attività di rapporto diretto con l'UIEPE, direzione, coordinamento, segreteria organizzativa e rendicontazione.</u>					

2. SCHEDA PROGETTO DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE SENZA FISSA DIMORA IN MISURA ALTERNATIVA

2.a Destinatari

--

2.b Risultati attesi al termine dell'iniziativa progettuale (max 500 parole)

--

2.c Attività previste

<i>a. collaborazione con il personale degli istituti penitenziari e degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna per l'individuazione dei detenuti che non dispongono di un domicilio effettivo e idoneo;</i>
<i>b. supporto ai detenuti individuati per la presentazione della domanda per le misure a sostegno del reddito;</i>
<i>c. raccordo con le coprogettazioni per il progetto _____attive in Province o Aree metropolitane diverse da quelle previste nel presente Avviso, per facilitare l'eventuale ritorno dei detenuti nel territorio di provenienza</i>
<i>d. collocazione in soluzioni abitative indipendenti o di accoglienza in ambito comunitario, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia</i>
<i>e. accompagnamento educativo e sociale alla vita autonoma durante la residenzialità, in raccordo con i servizi territoriali, pubblici e privati, sociali, sanitari e per il lavoro</i>
<i>f. aiuto per il soddisfacimento dei bisogni primari, nelle more della fruizione delle misure di sostegno al reddito</i>

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

2.d Rete territoriale a supporto dell'iniziativa

--

2.e Modalità di collaborazione e raccordo con la rete territoriale e con l'UEPE di riferimento

--

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

2.f Programma dell'iniziativa

Fase	Attività previste dal progetto	Strumenti, metodi e risorse
1		
2		
3		
4		

2.h Risorse professionali impegnate

Professionalità	Ruolo	N.	Eventuali esperienze nel settore d intervento

2.i Risorse strumentali impegnate in relazione alle attività previste

2.o Eventuali elementi migliorativi e aggiuntivi delle attività previste a carico del proponente

Allegato n. 2**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. del 28/12/2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____ e legale rappresentante ovvero nella sua qualità di Procuratore del/della _____ con sede legale in _____, prov. _____, via _____, n. _____, codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali, ai sensi dell'art. 76 del richiamato D.P.R. 445/00,

DICHIARA CHE

- 1) l'ente, costituito con atto del _____ con scadenza il __/__/__,
 - è iscritto nel Registro delle Imprese di Fare clic qui per immettere testo. (sezione _____) numero REA _____ dal _____, cod. ATECO _____;

ovvero

- non è iscritto al registro delle imprese perché _____;

- 2) è regolarmente inserito nel pertinente Albo nazionale _____ n. _____ dal _____ e/o regionale _____ n. _____ dal _____;

- 3) l'organismo ha un organo di amministrazione/ovvero altro organo di gestione così composto:

Cognome	Nome	Nato/a a	Nato/a il	CF	Carica	dal	Al

- 4) che gli amministratori **muniti di potere di rappresentanza e/o i procuratori** sono:

Cognome	Nome	Nato/a a	Nato/a il	CF	Carica	dal	Al

- 5) non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo (salvo il caso di cui all'articolo 186-bis del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267) o di liquidazione volontaria, né in stato di

sospensione dell'attività commerciale e non ha in corso alcun procedimento accertativo di tali situazioni;

- 6) nei confronti del legale rappresentante e degli amministratori non sussistono cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'articolo all'art. 67 del d.lgs. 159/2011 e s.m.i.;
- 7) non è incorso in sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2, lett. c), del d.lgs. n. 231/2001 e s.m.i., o di altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- 8) è in regola con la normativa in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e assistenziale e applica al personale dipendente il CCNL di categoria;
- 9) è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili previste dalla L. 68/1999;
- 10) non fruisce di agevolazioni o finanziamenti pubblici con riferimento alle medesime attività e/o alle medesime spese oggetto del progetto presentato;
- 11) è in regola con la normativa in materia di imposte e tasse;
- 12) è in regola con la normativa edilizia ed ambientale;
- 13) è in regola con le norme di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro previste dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
- 14) non è incorso in gravi negligenze o di azioni in malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate da una pubblica amministrazione e finanziate con fondi comunitari e/o nazionali;
- 15) le soluzioni alloggiative messe a disposizione delle attività di progetto sono conformi alla normativa nazionale e regionale vigente;
- 16) è coinvolto in qualità di partner di progetto, per lo svolgimento delle attività descritte nell'allegato 1, presentato in ATS con il soggetto capofila *compilare in caso di soggetto partner*.

*Firma digitale del Legale Rappresentante,
ovvero firma autografa corredata da documento d'identità in corso di validità*

Allegato n. 3 (da utilizzare se non già costituiti in ATS)

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO A COSTITUIRSI IN ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI SCOPO

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ via _____
_____ telefono _____ in
qualità di _____ e legale rappresentante ovvero nella sua qualità di Procuratore
del/della _____ con sede legale in _____, prov. _____, via
_____, n. _____, codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____
_____, proponente del progetto _____

DICHIARA

di impegnarsi a costituirsi in ATS per la realizzazione del PROGETTO DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE SENZA FISSA DIMORA IN MISURA ALTERNATIVA in qualità di soggetto capofila, per lo svolgimento dei seguenti compiti nell'esecuzione progetto:

- a. rappresentanza degli associati nei confronti dell'UIEPE di _____,
- b. direzione, coordinamento, segreteria organizzativa
- c. rendicontazione
- d. _____
- e. _____

insieme ai seguenti soggetti, che assumono con la sottoscrizione della presente il medesimo impegno, riconoscendolo come capofila:

1. _____, rappresentato da _____
_____ nella sua qualità di legale rappresentante/procuratore, per lo svolgimento dei seguenti compiti nell'esecuzione progetto:

- a. _____
- b. _____

2. _____, rappresentato da _____
_____ nella sua qualità di legale rappresentante/procuratore, per lo svolgimento dei seguenti compiti nell'esecuzione progetto:

- a. _____
- b. _____

3. _____, rappresentato da _____
_____ nella sua qualità di legale rappresentante/procuratore, per lo svolgimento dei seguenti compiti nell'esecuzione progetto:

- a. _____
- b. _____

Di seguito la sottoscrizione dei predetti soggetti:

- | | |
|----------|-----------------------|
| 1. _____ | _____ |
| | (luogo, data e firma) |
| 2. _____ | _____ |
| | (luogo, data e firma) |
| 3. _____ | _____ |

SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE

(luogo, data e firma)

Allegato n. 4

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto _____ nato a
_____ Il _____ CF _____ Residente a
_____ Via _____ n. _____ Tel.
_____ Cell. _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto _____, Li _____

Firma digitale del Legale Rappresentante,

ovvero firma autografa corredata da documento d'identità in corso di validità

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 Gentile Signore/a, Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni: 1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: _____ 2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale informatizzato altro 3. Il conferimento dei dati è facoltativo obbligatorio (se obbligatorio, specificare il motivo dell'obbligo _____) e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto la mancata prosecuzione del rapporto. 4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione o i dati potranno essere/saranno comunicati a: _____ o diffusi presso: _____ (Scegliere l'opzione in funzione del trattamento ed indicare, se presente, l'ambito di comunicazione e/o diffusione).

Se nel trattamento sono coinvolti anche dati sensibili, occorre integrare la dichiarazione: Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità al lavoro. (Scegliere la categoria che interessa). Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili ha le seguenti finalità: _____ sarà effettuato con le seguenti modalità: _____ I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione o i dati potranno essere/saranno comunicati a: _____, o diffusi presso: _____ (Scegliere l'opzione a seconda delle caratteristiche del trattamento e indicare, se presente, l'ambito di comunicazione e/o diffusione, fermo restando il divieto relativo ai dati idonei a rivelare lo stato di salute, di cui all'art. 26, comma 5, del D.Lgs. n. 196/2003). La informiamo che il conferimento di questi dati è facoltativo obbligatorio (se obbligatorio, specificare il motivo dell'obbligo _____) e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto la mancata prosecuzione del rapporto.

5. Il titolare del trattamento è: _____ (Indicare la denominazione o la ragione sociale e il domicilio, la residenza o la sede del titolare) 6. Il responsabile del trattamento è _____ (indicare almeno un responsabile, e, se designato ai fini di cui all'art.7 del D.Lgs. n. 196/2003, indicare tale responsabile del trattamento; indicare, inoltre, il sito della rete di comunicazione o le modalità attraverso le quali è altrimenti conoscibile in modo agevole l'elenco aggiornato dei responsabili) 7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.