*Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 allegata all'Avviso:*
**Possesso Requisiti ente gestore**

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____ _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

**In qualità di rappresentante legale dell'Ente/Associazione (denominazione)**
**_____**

con sede legale in _____ Via _____

tel. _____ Mail _____

Pec _____

c.f./p.IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**DICHIARA**

**Che l'Ente/Associazione che rappresenta, erogatore degli interventi, possiede i seguenti requisiti:**

- ☐ comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie con particolare riferimento alle misure di sostegno ed alle esperienze organizzative realizzate ai sensi della L. 112/2016;
- ☐ essere iscritto ai registri provinciali/regionali (i*ndicare Tipo registro e n. iscrizione*) _____ N. _____ Data iscrizione _____ per la seguente attività _____
- ☐ assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
- ☐ solvibilità dell'ente e l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 – 14° aggiornamento)

**Data e Luogo** _____ , _____

**Firma** _____

*Allegare Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del dichiarante*