

Domanda di ammissione

All'A.G.C. n. 18
Settore Assistenza Sociale
Giunta Regionale della Campania
Centro Direzionale - Isola A6
80143 - Napoli

Oggetto: F.N.P.S. - area "lotta alla droga" 3^a annualità L.328/2000 -DGRC n.1429/2005

L' ATS proponente (Sindaco del Comune Capofila dell'A.T.)

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

In qualità di legale rappresentante del Comune di: _____

Ambito Territoriale di riferimento _____

Indirizzo: _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____

Codice Fiscale: _____

Istituto di Credito: _____

Conto corrente : _____

Coordinate Bancarie: _____

CHI EDE

di essere ammessa al finanziamento del progetto a valere sull' U.P.B. 4.16.41- Capitolo di Bilancio n. 7870 - Fondo Nazionale Politiche Sociali - per la quota parte riservata alle iniziative a titolarità regionale per l'area "lotta alla droga" 3^a annualità L. 328/2000 -

A tal fine dichiara

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per chi rilascia false dichiarazioni e/o attestazioni, nonché di quanto previsto dall'art.76 del DPR 445/2000

Titolo del progetto: _____

Durata del progetto: _____

Costo complessivo del progetto: € _____

Numero dei progetti presentati: _____

Settore d'intervento (Tipologia di iniziativa): (barrare la casella relativa)

- a) Unità Mobile di Con-tatto
- b) Educativa di strada
- c) Inserimento sociale e lavorativo per ex toss. e/o in trattam.

- d) Officine della creatività: dal carcere alla comunità
Attività *intramurarie* []
Attività *extramurarie* []
- e) Altre sperimentazioni integrative/innovative,
coerenti con le strategie regionali []

Dichiara che il progetto non è finanziato con altri contributi pubblici, né è stata inoltrata domanda di finanziamento ad altri Enti Pubblici.

Soggetti associati nell'ATS:

Terzo Settore (specificare) _____

Enti Ausiliari (specificare) _____

Partenariato obbligatorio:

ASL (Dipartimento e/o Sert di riferimento) (specificare): _____

DAP, PRAP, CGM, ICATT (specificare): _____

Partenariato non obbligatorio:

Altri partner (specificare): _____

Dichiara che, in quanto Soggetto capofila dell'ATS proponente, assumerà la responsabilità delle attività ai fini amministrativi.

Si allega accordo di partenariato obbligatorio SI [] NO []

Si allega accordo di partenariato non obbligatorio SI [] NO []

Firma del Legale Rappresentante

(Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità)