**ALLEGATO A**

***Fac-simile domanda***

 *(N.B.: compilare su carta intestata dell’Ente richiedente)*

Spett.Azienda Socialis

Via Mazzini , 10

46029 Suzzara

**Oggetto: Manifestazione di interesse per l’erogazione per l’erogazione di voucher per interventi terapeutici ed educativi con gli animali a favore di soggetti in condizione di disabilita’ residenti nel distretto di Mantova.**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod.Fisc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA la propria disponibilità ed interesse**

*(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida)*

*ad erogare i seguenti servizi:*

* **Terapia Assistita con gli Animali (TAA)**
* **Educazione Assistita con gli Animali (EAA)**

Tipologia di animale coinvolto (è possibile barrare entrambe le opzioni):

* **Cavallo**
* **Cane**
* **Asino**

Consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, di produzione di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità per cui, qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa IMPRESA decadrà dai benefici previsti dalla presente procedura ovvero, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula del contratto, questo si intenderà risolto di diritto ai sensi dell’art. 1353 e ss. Cod. Civ.,

**DICHIARA**

□ di essere in possesso dei seguenti requisiti**:**

* Di essere in possesso del codice aziendale o di allevamento codice n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_ (specificare per ogni servizio) rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e, pertanto, il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici di riferimento;
* di essere affiliato all’Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione equestre ed equitazione ricreativa e sportiva per le persone disabili e con devianze e disagi sociali (per interventi con cavalli)
* di avere esperienza almeno pluriennale nell’erogazione degli interventi a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da disabilità (*di cui si allega relazione*);
* di avere esperienza/formazione specifica, degli operatori che saranno dedicati alla realizzazione dei servizi (*di cui si allega relazione ed attestati*) e di prendere visione dell’allegato B quale documento sostanziale ed integrante
* che tutte le figure sono regolarmente iscritte all’intero dell’elenco nazionali dei professionisti Digital Pet riconosciuto dal Ministero della Salute**;**

□ di possedere una sede operativa, in regolare esercizio di attività, relativa a uno o più servizi oggetto del presente avviso come sotto individuate:

1) Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti tel, fax, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti tel, fax, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti tel, fax, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Dlgs. 196/2003 “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;

**SI IMPEGNA**

□ a rispettare i requisiti, gli standard di erogazione del servizio e gli adempimenti previsti dal presente avviso;

□ a soddisfare tempestivamente qualsiasi richiesta venga fatta dall’Azienda Socialis al fine della verifica sull’applicazione degli standard gestionali e prestazionali autodichiarati in fase di presentazione della domanda

ALLEGA

I seguenti documenti:

* **Carta dei servizi**
* **Organigramma dell’Ente**
* **Elenco del personale impiegato (allegando attestati di partecipazione alla formazione)**
* **Piano della formazione previsto per l’anno 2020/2021**
* **dichiarazione art. 80 (allegato c)**

…………………lì …………………

Il Rappresentante legale

………………………………………..