

RIVOLGE DOMANDA

per ottenere un contributo ai sensi della DGR n. 22-5980 del 18.11.22 "L.R. n. 13 del 2 agosto 2022 "Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 2.704.890,23, ai sensi dell'art. 5, comma 1 lettera b) alla Legge regionale n. 13 del 2 agosto 2022, per la concessione di contributi finalizzati al finanziamento delle spese sostenute per i consumi elettrici delle strutture residenziali di tipo socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani e per persone con disabilità". Approvazione criteri." per la seguente struttura:

denominazione _____

sita nel Comune di _____ prov. |__|__|

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|

area funzionale (anziani, disabili) _____ ASL _____

**A tal proposito sottoscrive le seguenti dichiarazioni
(barrare le caselle interessate):**

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà inerente il numero di posti letto suddiviso per tipologia ammissibile per i quali si richiede il contributo e gli estremi del relativo titolo autorizzativo

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, e non essere in liquidazione volontaria e/o sottoposte a procedure concorsuali con finalità liquidatoria

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà di essere in esercizio alla data dell'istanza e aver continuamente espletato il servizio nel corso degli anni 2020 e 2021

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà di essere accreditato, alla data dell'istanza, sulla piattaforma informatica regionale "COVID-19", nonché in regola nell'inserimento nella stessa di tutti i dati relativi alla struttura per la quale si richiede il contributo

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai sensi dell'art. 6, co. 2, del D.L. n. 78/2010 convertito con modificazioni in L. n. 122/2010

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà inerente l'aumento della spesa sostenuta per i consumi elettrici nel periodo da ottobre 2021 a ottobre 2022 rispetto a quelle sostenute nell'anno precedente nel medesimo periodo

allega

la fotocopia del documento d'identità in corso di validità

richiede che il contributo assegnato venga accreditato sul conto corrente di seguito indicato:

IBAN:

Intestato a:

Il conto corrente indicato ai fini dell'accredito del contributo deve essere intestato al soggetto titolare dell'autorizzazione al funzionamento della struttura oggetto della domanda

Agenzia n.:

di:

via e numero civico:

Data: _____

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

(DA COMPILARSI A CURA DEL RICHIEDENTE)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| a _____ prov. |_|_|

residente in _____ prov. |_|_|

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

in qualità di Legale rappresentante Altro _____

dell'ente _____

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti,
e della conseguente decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

che la struttura sita nel comune _____ prov. |_|_|

via _____ n° _____, denominata _____

per la quale è richiesto il contributo alla Regione Piemonte, alla data del 31.10.2022, è autorizzata al funzionamento per i seguenti posti letto:

Area funzionale anziani

Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)	n. posti letto _____
Residenza Assistenziale (R.A.)	n. posti letto _____
Residenza Assistenziale di Base (R.A.B.)	n. posti letto _____
Residenza Assistenziale Alberghiera (R.A.A.)	n. posti letto _____
Piccola Residenza Assistenziale (PRA)	n. posti letto _____
Strutture in mantenimento autorizzativo o in registrazione	n. posti letto _____
Residenza Assistenziale Flessibile (RAF) in regime transitorio	n. posti letto _____

Area funzionale disabili

Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)	n. posti letto _____
Residenza Assistenziale Flessibile (RAF)	n. posti letto _____
Comunità Alloggio	n. posti letto _____
Gruppo Appartamento bassa - media - alta intensità	n. posti letto _____
Comunità di tipo familiare per disabili gravi	n. posti letto _____
Comunità socio-assistenziale per disabili gravi	n. posti letto _____

ALTRO (specificare)

Estremi dell/i provvedimento/i autorizzativi al funzionamento relativi ai posti letto di cui sopra (tipologia atto, numero, data):

DICHIARA ALTRESI'

consapevole delle responsabilità penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti,
e della conseguente decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

che la persona giuridica richiedente, titolare dell'autorizzazione al funzionamento della struttura suddetta (*barrare le caselle interessate*):

è in stato di attività e ha continuativamente espletato il servizio nel corso degli anni 2020 e 2021 nella struttura oggetto di contributo;

è nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in liquidazione volontaria e non è sottoposta a procedure concorsuali con finalità liquidatoria;

è accreditata, alla data dell'istanza, sulla piattaforma informatica regionale "COVID-19", nonché in regola nell'inserimento nella stessa di tutti i dati relativi alla struttura per la quale si richiede il contributo.

Data _____

TIMBRO E FIRMA (*)

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 65 del D.Lgs. n. 82/2005, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da trasmettere alla p.a. in via telematica possono essere firmate digitalmente ai sensi di legge oppure sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Sanità e Welfare. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale della Direzione Sanità e Welfare.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
FINALIZZATA ALL'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI, SOVVENZIONI, SUSSIDI, AUSILI FINANZIARI
E VANTAGGI ECONOMICI IN APPLICAZIONE DELL'ART. 6, COMMA 2, DEL D.L. 78/2010,
CONVERTITO CON MODIFICAZIONI IN L. 122/2010 ⁽¹⁾

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ prov. ____

residente in _____ prov. ____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____

Cod. Fisc. _____

In qualità di legale rappresentante della:

Denominazione _____

sede legale in _____ Prov. ____ Via _____

Cod. Fisc. _____ Part. IVA _____

DICHIARA ⁽²⁾

consapevole delle responsabilità penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti,
e della conseguente decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

che la partecipazione agli organi collegiali dell'ente e la titolarità degli organi dello stesso è conforme alle disposizioni di cui all'art. 6, comma 2, del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni in L. 122/2010

che le disposizioni di cui all'art. 6, comma 2, del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni in Legge 122/2010 non si applicano a

_____ con sede legale in _____

via _____ n. _____

in quanto _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA (*)

(1) Art. 6, comma 2, del D.L. 78/2010, convertito con modificazioni in L. 122/2010: "...la partecipazione agli organi collegiali, anche di amministrazione, degli enti, che comunque ricevono contributi a carico delle finanze pubbliche, nonché la titolarità di organi dei predetti enti è onorifica; essa può dar luogo esclusivamente al rimborso delle spese sostenute ove previsto dalla normativa vigente; qualora siano già previsti i gettoni di presenza non possono superare l'importo di 30 euro a seduta giornaliera. La violazione di quanto previsto dal presente comma determina responsabilità erariale e gli atti adottati dagli organi degli enti e degli organismi pubblici interessati sono nulli. Gli enti privati che non si adeguano a quanto disposto dal presente comma non possono ricevere, neanche indirettamente, contributi o utilità a carico delle pubbliche finanze, salva l'eventuale devoluzione, in base alla vigente normativa, del 5 per mille del gettito dell'imposta sul reddito delle persone fisiche. La disposizione del presente comma non si applica agli enti previsti nominativamente dal D.Lgs. 300/1999 e dal D.Lgs. 165/2001, e comunque alle università, enti e fondazioni di ricerca e organismi equiparati, alte camere di commercio, agli enti del servizio sanitario nazionale, agli enti indicati nella tabella C della legge finanziaria ed agli enti previdenziali ed assistenziali nazionali, alle ONLUS, alle associazioni di promozione sociale, agli enti pubblici economici individuati con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze su proposta del Ministero vigilante, nonché alle società

(2) barrare, a seconda dei casi, una delle 2 dichiarazioni

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 65 del D.Lgs. n. 82/2005, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da trasmettere alla p.a. in via telematica possono essere firmate digitalmente ai sensi di legge oppure sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Sanità e Welfare. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale della Direzione Sanità e Welfare.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 47 e 48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

(DA COMPILARSI A CURA DEL RICHIEDENTE)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| a _____ prov. |_|_|

residente in _____ prov. |_|_|

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

in qualità di Legale rappresentante Altro _____

dell'ente _____

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti,
e della conseguente decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

che le spese sostenute per i consumi elettrici della struttura oggetto di contributo corrispondono a:

- € _____ per il periodo da ottobre 2020 a ottobre 2021

- € _____ per il periodo da ottobre 2021 a ottobre 2022

con un aumento pertanto pari a € _____

Data _____

FIRMA _____

(*) Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 65 del D.Lgs. n. 82/2005, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da trasmettere alla p.a. in via telematica possono essere firmate digitalmente ai sensi di legge oppure sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del Titolo II del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati riferiti ai soggetti partecipanti verranno utilizzati soltanto per le finalità connesse al procedimento, non verranno comunicati o diffusi a terzi e verranno comunque trattati in modo da garantirne la riservatezza e la sicurezza. I dati personali comunicati sono utilizzati al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e sono raccolti presso la Direzione Sanità e Welfare. La mancata comunicazione dei dati richiesti comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria. Responsabile del trattamento dati personali è il Direttore regionale della Direzione Sanità e Welfare.