**Oggetto: Domanda di partecipazione alla co-progettazione – PN Equità nella Salute 2021-2027. Area di intervento "Contrastare la povertà Sanitaria**".

Alla cortese attenzione dell’Azienda Sanitaria Locale di Taranto  
Email PEC: [direttoregenerale.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:direttoregenerale.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

Il sottoscritto/a **[Nome Cognome]**, nato/a a **, il //**, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente del Terzo Settore (ETS) denominato:

**Denominazione ETS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Sede legale**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Codice Fiscale / Partita IVA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**PEC**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Telefono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Breve Descrizione Attività dell’ETS:**

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di co-progettazione nell’ambito del PN Equità nella Salute 2021-2027, relativamente all’area di intervento "Contrastare la povertà Sanitaria", come da Avviso pubblicato.

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000):**

1. Che l’Ente è un ETS regolarmente iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) o ai registri previsti dalla normativa vigente nelle more della trasmigrazione.
2. Che il rappresentante legale e gli amministratori dell'ente:
   * non si trovano nelle condizioni di esclusione previste dall’art. 94 del D.Lgs. 36/2023;
   * non incorrono nelle cause di divieto, sospensione o decadenza di cui all’art. 67 del D.Lgs. n.159/2011.
3. Che l’Ente è in regola con i pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali dei lavoratori, nonché con le imposte e le tasse dirette e indirette.
4. Che l’Ente possiede adeguata capacità operativa almeno triennale nell’ambito sociosanitario e del contrasto alla povertà sanitaria, come documentato in allegato.

**Griglia di autovalutazione:**

* **Partecipazione a progetti nazionali/internazionali negli ultimi 6 anni:**  
  □ Si (specificare progetto/i in allegato) – 50 punti  
  □ No – 0 punti
* **Esperienza triennale nella gestione attività settore sociosanitario e contrasto povertà sanitaria:**  
  □ Si – 20 punti
* **Capacità operativa dell’ente:**  
  □ (specificare numero sedi, collaboratori, volontari) – max 10 punti
* **Esperienza specifica in attività di outreach e assistenza a soggetti marginali:**  
  □ Si (descrivere attività in allegato) – max 10 punti
* **Conoscenza indicatori di deprivazione sociosanitaria e territoriale:**  
  □ Si (specificare uso dati e analisi territoriali in allegato) – 5 punti
* **Partenariati strutturati con enti pubblici/privati:**  
  □ Si (specificare enti in allegato) – max 5 punti

**Totale punteggio autovalutato:** \_\_\_\_\_ / 100

**Allega alla presente domanda:**

* Documentazione comprovante i requisiti e le esperienze dichiarate;
* Copia del documento di identità del Legale Rappresentante;
* Atto costitutivo e Statuto dell'Ente.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante