**AVVISO PUBBLICO**

**PER L’ACCREDITAMENTO DI ENTI EROGATORI DEI SERVIZI INTEGRATIVI DOMICILIARI E TERRITORIALI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ E LORO FAMIGLIE A VALERE SUL PROGETTO “DIMISSIONI PROTETTE” FINANZIATO NELL’AMBITO DEL PNRR MISSIONE 5 COMPONENTE 2, LINEA 1.1.3 “RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI A FAVORE DELLA DOMICILIARITÀ” – CUP I14H22000290006 E A VALERE SU ALTRI FONDI GESTITI DA AZIENDA SOCIALE COMUNI INSIEME**

**MODELLO 2 – SCHEDA ORGANICA IDENTIFICATIVA DELL'ORGANIZZAZIONE**

Denominazione organizzazione…………………………………………………………………..

P.IVA/C.F. …………………………………………………………………...…………………….

Eventuale sito web: …………………………………………………………………………………

**Sede legale**: Comune di ………………………...Via……………………………………..

Telefono………………………………………………………………………..

Fax: ……………………………………………………………………………

E-mail ……………………………………………………………………….

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

**Sede operativa**: Comune di ………………………..Via……………………………………..

Telefono………………………………………………………………………..

Fax: ……………………………………………………………………………

E-mail ………………………………………………………………………….

Apertura al pubblico nei giorni di: ……………………………………….........................…….

dalle ore....................….... alle ore……......…………

dalle ore ....................…... alle ore……….....………

Reperibilità serale nei giorni……………………………………………………………………...

Dalle ore …………………….. alle ore …………………..

Altre sedi: ………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………….

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

**Responsabile Legale**:

Sig./Sig.ra:…………..………………………………………………………………………………

Telefono……………………………………………………………………………………………..

**Responsabile tecnico del servizio**:

Sig./Sig.ra:………………………….………...……………………………………………………..

Telefono……………………………………………………………………………………………..

**Responsabile della sede operativa** (se diverso dal Responsabile tecnico del Servizio):

Sig./Sig.ra:……………………………………………………………………………………………

Reperibile al seguente N° di Telefono:………………………………Fax:………………………………………………………..

Fascia oraria giornaliera di copertura del servizio ………………………………………………

**Responsabile Amministrativo / Contabile**

Sig. / Sig.ra ………………………………………………………………………………………….

Telefono .............................................................................................................................…

Con la sottoscrizione in calce, si presta il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente scheda ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/16, come specificato nell’Avviso.

Firma del Legale Rappresentante

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