

Ente Affidatario



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale delle politiche sociali Servizio programmazione e integrazione sociale



Ente Committente



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Dipartimento Politiche Antidroga

“Allegato B”

**Promozione e realizzazione di un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato
mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazioni produttive e gruppi di coordinamento
territoriali**

SCHEDA REQUISITI FORMALI

Ente Affidatario



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale delle politiche sociali Servizio programmazione e integrazione sociale



Ente Committente



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Dipartimento Politiche Antidroga

“Allegato B”

Spett.le
Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene Sanità e dell'Assistenza Sociale
Direzione Generale delle Politiche Sociali
Servizio Programmazione e Integrazione Sociale
Progetto RELI
Via Roma 253
09100 Cagliari

Presentazione di proposte progettuali nell'ambito del progetto nazionale “RELI - promozione e realizzazione di un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazioni produttive e gruppi di coordinamento territoriali” finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, nella sua qualità di _____ e legale rappresentante della _____, con sede in _____, Via _____, Tel. _____, Fax _____, email _____, codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente organizzazione decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

DICHIARA

RAGIONE SOCIALE:

.....

DATA DI COSTITUZIONE:

SEDE LEGALE:

Via.....n.....

C.A.P..... Comune.....

Telefono.....Fax.....e-mail.....

Sito internet.....

Codice Fiscale/Partita Iva.....

Firma Legale Rappresentante

Ente Affidatario



Ente Committente



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Direzione generale delle politiche sociali Servizio programmazione e integrazione sociale

“Allegato B”

SEDI OPERATIVE:

Via.....n.....
C.A.P..... Comune.....
Telefono.....Fax.....e-mail.....
Sito internet.....
Codice Fiscale/Partita Iva.....

Via.....n.....
C.A.P..... Comune.....
Telefono.....Fax.....e-mail.....
Sito internet.....
Codice Fiscale/Partita Iva.....

NATURA GIURIDICA:

- Comunità Terapeutica
- Cooperativa sociali di tipo B e loro consorzi
- Fondazione
- Associazione Onlus
- Associazione di promozione sociale
- SerT
- Altro (specificare)

ACCREDITAMENTO REGIONALE O ISCRIZIONE AGLI ALBI SPECIFICI PER LE ATTIVITA' NELL'AREA DELLE TOSSICODIPENDENZE/ALCOL DIPENDENZE

- Accredитamento Regionale
Regione.....
N°..... Data.....
- Iscrizione agli albi specifici
Albo.....
N°.....Data.....

Firma Legale Rappresentante

Ente Affidatario



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Direzione generale delle politiche sociali Servizio programmazione e integrazione sociale



Ente Committente



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

“Allegato B”

TIPOLOGIA DI STRUTTURA

- Residenziale
- Semiresidenziale
- Ambulatoriale
- Altro

LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome e nome

Nato a..... il

Residente a via..... n.....

Telefono..... Fax

e-mail.....

REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO

Cognome e nome

Nato a..... il

Residente a via..... n.....

Telefono..... Fax

e-mail.....

REFERENTE OPERATIVO DEL PROGETTO

Cognome e nome

Nato a..... il

Residente a via..... n.....

Telefono..... Fax

e-mail.....

Data

Firma Legale Rappresentante