

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CONTRIBUTO DI CUI AL DPCM 23/07/2020 E  
ALLA DGR N. 492/2020  
IN RELAZIONE AI CENTRI SEMIRESIDENZIALI  
PER PERSONE CON DISABILITA'**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di legale  
rappresentante dell'ente gestore con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_ via  
....., in relazione all'Avviso approvato con deliberazione di G.R. n. 492 del 23 dicembre  
2020 e pubblicato sul sito web dell'ATS \_\_\_\_\_

**PRESENTA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

- per contributo di cui al DPCM 23 luglio 2020 recante "Definizione dei criteri di priorità delle  
modalità di attribuzione delle indennità agli enti gestori delle strutture semi-residenziali per  
persone con disabilità che in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19,  
devono affrontare gli oneri derivati dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli  
utenti";

**A TAL FINE DICHIARA**

Ai sensi dell'art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole  
delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e  
falsità in atti:

- che, alla data del 17.3.2020, il numero degli utenti in carico alla unità di offerta (indicare  
tipologia di unità di offerta o la denominazione), provvedimento di autorizzazione n°  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, ubicata nel comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, è pari  
a \_\_\_\_\_ (indicare il numero) e che, per la stessa, l'attività di gestione è stata riattivata  
in data \_\_\_\_\_;

- di essere consapevole che l'Ambito Territoriale Sociale e la Regione Molise potranno effettuare  
controlli allo scopo di accertare la veridicità di quanto qui dichiarato;  
Alla domanda dovranno essere allegati:

1. copia del documento di identità in corso di validità;
2. file excel (Con indicazione degli utenti a marzo 2020);
3. copia fatture quietanzate;
4. copia decreto di autorizzazione al funzionamento.

Luogo e data

Firma