**MODULISTICA**

**ISTANZA DI FINANZIAMENTO**

**Alla Dirigente del Servizio Minori, Famiglie e Pari opportunità – Regione Puglia**

**Via G. Gentile, 52 70126 Bari**

[ufficio.garantedigenere@pec.rupar.puglia.it](mailto:ufficio.garantedigenere@pec.rupar.puglia.it)

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l’Avviso allegato alla Determinazione Dirigenziale n. ….del….., e consapevole che la mancata rispondenza anche ad uno soltanto dei requisiti di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione ai fini della concessione del contributo

**CHIEDE**

di poter accedere al contributo di cui al **DPCM 16 novembre 2021**, a sostegno delle attività della casa rifugio ovvero della casa protetta di seconda accoglienza (*denominazione della struttura*):

|  |
| --- |
|  |

La/il sottoscritta/o, in considerazione della normativa sopra evidenziata, dichiara altresì quanto segue, relativamente ai dati riferiti all’Ente che rappresenta, ed all’intervento per il quale chiede il contributo.

**Dati relativi al soggetto richiedente:**

*Denominazione ente*

*Via e numero civico Città CAP Provincia*

*Telefono fax PEC e-mail*

*Codice fiscale/Partita IVA*

*Coordinatrice del servizio- Nome e cognome*

*Telefono fax e-mail*

**Relazione sul servizio:**

***Descrizione della struttura adibita alla realizzazione del servizio***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Camere con bagno | n. | |
| Camere con bagno in comune | n. | |
| Appartamenti (specificare numero e composizione) |  | |
| Spazi comuni (specificare) |  | |
| Totale capacità ricettiva | n. donne: | n. figli minori: |

***Dati sull’utenza nell’anno 2021***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Utenza ospitata | n. donne: | n. figli minori: |
| Fascia di età donne | età minima: | età massima: |
| Fascia di età figli minori | età minima: | età massima: |
| Nazionalità utenza ospitata | italiana: n. | altra nazionalità: n. |
| Tipologia utenza | donne sole: n. | donne con figli minori: n. |
| Tempo di permanenza in numero di giornate | minimo: | massimo: |
| Importo retta giornaliera donna | minima: | massima: |
| Importo retta giornaliera minore |  |  |

***Dati sull’utenza dal 1 gennaio 2022 al 30 settembre 2022***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Utenza ospitata | n. donne: | n. figli minori: |
| Fascia di età donne | età minima: | età massima: |
| Fascia di età figli minori | età minima: | età massima: |
| Nazionalità utenza ospitata | italiana: | altra nazionalità: |
| Tipologia utenza | donne sole: n. | donne con figli minori: n. |
| Tempo di permanenza in numero di giornate | minimo: | massimo: |
| Importo retta giornaliera donna | minima: | massima: |
| Importo retta giornaliera minore | minima: | massima: |

***Articolazione organizzativa (personale retribuito)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Titolo professionale | Ruolo o funzione | Tipologia contrattuale | Anni di esperienza nella casa rifugio (indicare n.) | Stima n. ore di impegno settimanale |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Nota: se il soggetto gestisce anche un centro antiviolenza si raccomanda di non duplicare il lavoro svolto dalle operatrici del cav , e già indicato nel precedente avviso, ma di riportare solo la stima delle ore settimanali retribuite dedicate esclusivamente alla casa.*

***Articolazione organizzativa (personale volontario)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Titolo professionale | Ruolo o funzione | Anni di esperienza nella casa rifugio (indicare n.) | Stima n. ore di impegno settimanale |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Nota: in questa sezione inserire sia la quota di lavoro volontario eventuale delle operatrici indicate nella precedente sezione, sia le operatrici che operano nella casa esclusivamente a titolo di volontariato*

***Formazione/aggiornamento delle operatrici***

|  |  |
| --- | --- |
| Anno 2022 | *(specificare titolo corso, monte ore complessivo e numero operatrici interne partecipanti)* |
| Anno 2021 |  |
| Anno 2020 |  |

***Protocolli operativi territoriali e Convenzioni con enti pubblici***

|  |  |
| --- | --- |
| Protocollo d’intesa e/o operativi con istituzioni e servizi pubblici | SI NO  Se SI specificare: |
| Convenzione vigente con Ambiti territoriali | SI NO  Se SI specificare la durata e l’eventuale importo finanziario |
| Convenzione con altri enti pubblici | SI NO  Se SI specificare la durata e l’eventuale importo finanziario |

*Data:*

***Allegati alla domanda:***

*(secondo quanto indicato all’art.7 dell’Avviso)*

**Nota: compilare obbligatoriamente, in maniera completa e dettagliata, ogni sezione del presente format.**

Data:

*Firma digitale*

*Rappresentante legale*

**AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI**

***CARTA INTESTATA SOGGETTO GESTORE***

|  |  |
| --- | --- |
| La/il sottoscritta/o |  |
| Luogo e data di nascita |  |
| In qualità di legale rappresentante dell’Associazione/Organizzazione |  |
| Con sede legale: (Via/Piazza; Cap; Città; Prov.) |  |
| Partita Iva/codice fiscale |  |
| Soggetto gestore della casa denominata |  |
|  |  |

DICHIARA

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

sotto l \\\a propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, impegnandosi all’occorrenza a comunicare qualsiasi variazione, quanto segue:

* + di prendere atto che la non veridicità delle presenti dichiarazioni comporterà la decadenza da ogni beneficio, ai sensi dell'art. 75, comma 1 del D.P.R. n. 445/2000;
  + di aver preso visione dell’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013 n.131, tra Governo e Regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, relativa ai requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, prevista dall’art. 3, comma 4, del D.P.C.M. del 24 luglio 2014-Rep. Atti n. 146/CU del 27 novembre 2014;
  + il mantenimento del possesso dei requisiti previsti dalla lr. 29/2014 e dal regolamento regionale n. 4/2007 e s.m.i;
  + il possesso di tutti i requisiti previsti dall’Intesa del 27 novembre 2014
* di autorizzare la Sezione Inclusione sociale attiva al trattamento e all’elaborazione dei dati forniti per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l’ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, ai sensi dell’art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, recante disposizioni sul trattamento dei dati personali aggiornato dal d.lgs. n. 51 del 18 maggio 2018 e dal d.lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, nonché dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016.

DATA:

TIMBRO E FIRMA DELLA/DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

**(Modello pantouflage da compilare su carta intestata)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL d.p.r. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di legale rappresentante della Ditta/Società/ Associazione/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni,

preso atto di quanto specificato dall’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) negli orientamenti nn. Da 1) a 4) del 2015, oltre che nei pareri sulla normative del 4 e del 18 febbraio 2015, nonché del 21 ottobre 2015;

**DICHIARA**

che al fine dell'applicazione dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro- pantouflage o revolving doors), questa Ditta /Società/o altro **non ha concluso** contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, non ha attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Amministrazione regionale, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Regione Puglia nei propri confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro con la Regione Puglia.

In fede

Firma digitale