**MODULISTICA**

**ISTANZA DI FINANZIAMENTO (su carta intestata del soggetto)**

**Alla Dirigente del Servizio Minori, Famiglie e Pari Opportunità e Tenuta Registri– 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soggetto titolare e gestore del centro antiviolenza denominato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede operativa in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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, art. 3, per il consolidamento e/o l’attivazione di sportelli/punti di ascolto del centro antiviolenza** (*denominazione del cav*):

|  |
| --- |
|  |

La/il sottoscritta/o ……………., in considerazione della normativa sopra evidenziata dichiara di possedere i requisiti previsti e, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara che i dati riportati di seguito sono veri.

**Dati del soggetto gestore richiedente:**

*Denominazione ente*

*Via e numero civico Città CAP Provincia*

*Telefono fax PEC e-mail*

*Codice fiscale/Partita IVA*

*Coordinatrice del Centro - Nome e cognome*

*Telefono fax e-mail*

Caratteristiche dello sportello/degli sportelli per cui richiede il contributo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indicare il Comune presso cui ha sede lo sportello per il quale si chiede il contributo |  |  |
| Apertura | Giorni della settimana previsti: | Orari: |
|  | Monte ore complessivo settimanale previsto: | N. operatrici coinvolte: |
| Servizio telefonico offerto | Numero telefonico per l’utenza: | |
| Reperibilità telefonica (specificare orari e giorni della settimana in cui sarà disponibile il servizio) | |
| Presa in carico da parte dell’equipe del cav | * si * no | |
| La sede dello sportello è | * privata * pubblica | |
| E’ previsto un canone di locazione | * si * no | |

Solo per i cav che hanno attivato/che devono attivare più di uno sportello:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indicare il Comune presso cui ha sede lo sportello per il quale si richiede il contributo |  |  |
| Apertura | Giorni della settimana previsti: | Orari: |
|  | Monte ore complessivo settimanale previsto: | N. operatrici coinvolte: |
| Servizio telefonico offerto | Numero telefonico per l’utenza: | |
| Reperibilità telefonica (specificare orari e giorni della settimana in cui sarà disponibile il servizio) | |
| Presa in carico da parte dell’equipe del cav | * si * no | |
| La sede dello sportello è | * privata * pubblica | |
| E’ previsto un canone di locazione | * si * no | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indicare il Comune presso cui ha sede lo sportello per il quale si richiede il contributo |  |  |
| Apertura | Giorni della settimana previsti: | Orari: |
|  | Monte ore complessivo settimanale previsto: | N. operatrici coinvolte: |
| Servizio telefonico offerto | Numero telefonico per l’utenza: | |
| Reperibilità telefonica (specificare orari e giorni della settimana in cui sarà disponibile il servizio) | |
| Presa in carico da parte dell’equipe del cav | * si * no | |
| La sede dello sportello è | * privata * pubblica | |
| E’ previsto un canone di locazione | * si * no | |

***Allegati alla domanda:***

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

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

*Firma digitale del*

*Rappresentante legale*

**AUTOCERTIFICAZIONE DEI REQUISITI**

***CARTA INTESTATA SOGGETTO TITOLARE E GESTORE CENTRO ANTIVIOLENZA***

|  |  |
| --- | --- |
| 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 titolare e gestore del cav denominato: |  |
| Con sede in (Via/Piazza; Cap; Città; Prov.) |  |

DICHIARA

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

sotto la 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 (art. 10) e dal regolamento regionale n. 4/2007 e s.m.i (art. 107);
* Il possesso di tutti i requisiti previsti agli artt. 1,2,3,4,5,6,7 dell’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:

FIRMADIGITALE 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 della/del legale rappresentante