Allegato 2

Al Direttore Generale dell’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna
PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse** **per l’assegnazione di progetti annuali per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili.**

 Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse in oggetto, approvato da codesta ATS con delibera n. 408 del 27/11/2024,

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata alla formazione di una graduatoria triennale per l’assegnazione di progetti annuali per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili,

**DICHIARA**

* Di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente privato accreditato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la Struttura accreditata denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce impegno da parte dell’ATS della Montagna ad assegnare futuri progetti annuali;
* Che le prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili verranno erogate presso una struttura accredita sita nell’ambito territoriale di Morbegno;
* Di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni successiva comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l’ATS da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella presente dichiarazione.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 che ogni dichiarazione resa risponde a verità. A Tal fine allega copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

* Copia dell’eventuale procura, nelle forme di legge;
* Copia di un documento di identità in corso di validità del Legale Rappresentante;
* Schema tecnico per la presentazione dei progetti.