



REGIONE SICILIANA

**ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA DELLE POLITICHE
SOCIALI E DEL LAVORO**

**DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA FAMIGLIA E DELLE
POLITICHE SOCIALI**

**PROGRAMMA OPERATIVO OBIETTIVO CONVERGENZA 2007-2013,
FONDO SOCIALE EUROPEO, REGIONE SICILIANA**

ASSE III – INCLUSIONE SOCIALE

**Avviso Pubblico n°1 2011 per la realizzazione di progetti volti
all'inclusione socio-lavorativa di soggetti in condizione di disagio ed
esclusione sociale.**

**Allegato 3
DICHIARAZIONE DI INTENTI SOTTOSCRITTA DA CIASCUN PARTNER
DELL'ATS DA COSTITUIRE**



Regione Siciliana

Assessorato della Famiglia delle Politiche Sociali e
del Lavoro

Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali.

Via Trinacria 34-36

90144 – Palermo

Oggetto: Avviso Pubblico n°1 2011 per la realizzazione di progetti volti all'inclusione socio-lavorativa di soggetti in condizione di disagio ed esclusione sociale.

DICHIARAZIONE D'INTENTI PER LA COSTITUZIONE DELL'ATS

I sottoscritti,

1. Nome _____ Cognome _____
_nato/a _____ a _____ (____),
il _____ C.F. _____, residente
a _____ (____) in via _____, n.
_____ recapito telefonico _____ in qualità di
Legale Rappresentante di _____ con sede legale in
_____ n. _____ Comune _____ (____)
recapito telefonico _____ fax _____

2. Nome _____ Cognome _____
_nato/a _____ a _____ (____),
il _____ C.F. _____, residente
a _____ (____) in via _____, n.
_____ recapito telefonico _____ in qualità di
Legale Rappresentante di _____ con sede legale in
_____ n. _____ Comune _____ (____)
recapito telefonico _____ fax _____

3. Nome _____ Cognome _____
_nato/a _____ a _____ (____),
il _____ C.F. _____, residente
a _____ (____) in via _____, n.
_____ recapito telefonico _____ in qualità di
Legale Rappresentante di _____ con sede legale in
_____ n. _____ Comune _____ (____)
recapito telefonico _____ fax _____

4. Nome _____ Cognome _____
_nato/a _____ a _____ (____),
il _____ C.F. _____, residente
a _____ (____) in via _____, n.
_____ recapito telefonico _____ in qualità di
Legale Rappresentante di _____ con sede legale in
_____ n. _____ Comune _____ (____)
recapito telefonico _____ fax _____

5. Nome _____ Cognome _____
 _nato/a _____ a _____ (____),
 il _____ C.F. _____, residente
 a _____ (____) in via _____, n.
 _____ recapito telefonico _____ in qualità di
 Legale Rappresentante di _____ con sede legale in
 _____ n. _____ Comune _____ (____)
 recapito telefonico _____ fax _____

DICHIARANO

- L'intento di costituirsi con un unico atto notarile in ATS entro 30 giorni dalla data di determinazione di approvazione del finanziamento del progetto _____ presentato in risposta all'Avviso in oggetto;
- Di assegnare fin da ora il ruolo di soggetto-proponente (mandatario) al _____;
- Che, il progetto verrà realizzato presso la sede operativa: indirizzo _____, città _____
 Provincia _____;
- Che la suddivisione delle risorse finanziarie tra i Soggetti su elencati e partecipanti all'ATS è la seguente:

Componente ATS	Attività	Risorse	
		€	%
		€	%
		€	%
		€	%
		€	%
		€	%
Totale		€	%

Luogo e data _____

Timbro e firma del legale rappresentante del soggetto capofila
 (con fotocopia documento di riconoscimento)

Timbro e firma dei legali rappresentanti dei soggetti partecipanti al raggruppamento
 (con fotocopia documento di riconoscimento)

