**FACSIMILE della domanda di partecipazione (da rendere su carta intestata dell’Associazione)**

Ministero della salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

Ufficio 9

[dgprev@postacert.sanita.it](mailto:dgprev@postacert.sanita.it)

**Oggetto: domanda di partecipazione all’Avviso pubblico per la presentazione di manifestazione d’interesse ai fini dell’individuazione delle Associazioni di pazienti maggiormente rappresentative delle persone con disabilità che prenderanno parte al *Gruppo di Lavoro per il monitoraggio applicativo delle indicazioni contenute nelle Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica e del profilo di funzionamento*, ai sensi dell’art. 2, comma 1, del DM 26 gennaio 2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell’Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000

RICHIEDE

la partecipazione dell’Associazione di cui sopra al ***Gruppo di Lavoro per il monitoraggio applicativo delle indicazioni contenute nelle Linee guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica e del profilo di funzionamento*, ai sensi dell’art. 2, comma 1, del DM 26 gennaio 2023**.

A tal fine il/la sottoscritto/a, nella qualità di cui sopra,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

* che l’Associazione è registrata in Italia o in Europa ed è operativa nel territorio nazionale;
* che alla data del 31 dicembre 2022, il numero dei Soci è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che l’eventuale dislocazione sul territorio nazionale è la seguente (indicare le regioni in cui sono dislocate le sedi)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l’Associazione è iscritta al Registro unico nazionale del terzo settore (RUNTS), ovvero ad altro registro di iscrizione previsto dalle vigenti normative di settore;
* che i propri organi direttivi sono democraticamente eletti dagli iscritti;
* di rendere pubblici i finanziamenti ricevuti.

Dichiara, infine, di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196 del 2003 e s.m. e al regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allegano alla presente:

* copia del documento d’identità in corso di validità;
* scheda dati, completa di tutte le informazioni richieste;
* statuto dell’Associazione;
* breve descrizione delle attività più rilevanti poste in essere negli ultimi cinque anni in materia di disabilità in età evolutiva, opportunamente documentate.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA