

Avviso pubblico

CENTRI POLIVALENTI 2.0 PER GIOVANI E ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E ALTRE DISABILITA' CON BISOGNI COMPLESSI

REGIONE LAZIO

Assessorato Lavoro, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica
Assessorato Servizi sociali, Disabilità, Terzo Settore, Servizi alla Persona
Direzione Regionale Inclusione Sociale

Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021- 2027

Obiettivo di Policy 4 "Un'Europa più sociale"

Regolamento (UE) n. 2021/1060

Regolamento (UE) n. 2021/1057

Priorità 3 "Inclusione Sociale"

Obiettivo specifico k) ESO4.11 "Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+)"

ALLEGATO F: FORMAT DI ADESIONE AL PARTENARIATO DI PROGETTO

(da ripetere per ogni ente aderente al progetto)

Il sottoscritto	<input type="text"/>		
Nato/a a	<input type="text"/>	Il	<input type="text"/>
Residente in	<input type="text"/>	Via	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>	C.F.	<input type="text"/>

In qualità di Legale rappresentante dell'ente/istituzione/soggetto privato, ecc.:

Denominazione dell'ente/ecc.	<input type="text"/>
P.IVA	<input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>

Viste le finalità, gli obiettivi e i contenuti del progetto “ _____ ”
(*inserire titolo del progetto*), presentato a valere sull'Avviso pubblico per la progettazione esecutiva di
CENTRI POLIVALENTI 2.0 PER GIOVANI E ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO
AUTISTICO E ALTRE DISABILITA' CON BISOGNI COMPLESSI da
_____ (*indicare denominazione ETS capofila ATI/ATS di riferimento*)

DICHIARA

di aderire in qualità di partner per le seguenti motivazioni:

Data

Firma del Legale rappresentante
(o soggetto delegato)



