

**ALLEGATO B**

**“ISTANZA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**per l’individuazione, da parte del Distretto socio-sanitario LT/5, dei Centri Anziani del territorio della Regione Lazio, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA)”**

**Al Comune di Gaeta**

**Capofila Distretto Socio-Sanitario LT/5**

PEC:

[distrettosociosanitariolt5@pec.comune.gaeta.lt.it](mailto:distrettosociosanitariolt5@pec.comune.gaeta.lt.it)

*(da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti)*

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per l’individuazione, da parte del Distretto socio-sanitario LT/5, dei Centri Anziani del territorio della Regione Lazio, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA)”

Il/La sottoscritto/a, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PRESENTA**

istanza per la “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per l’individuazione, da parte del Distretto socio-sanitario LT/5, dei Centri Anziani del territorio della Regione Lazio, destinatari di interventi di prevenzione dei rischi di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA).

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dalla medesima normativa in caso di rilascio di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA**

1. di essere legale rappresentante (o suo delegato) della APS denominata \_\_\_\_\_ convenzionata con il Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) per la gestione del Centro Anziani \_\_\_\_\_

con sede in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. (preferibilmente mobile) \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
eventuale sito WEB \_\_\_\_\_

2. di aver preso visione della presente manifestazione di interesse e di accettarne quanto stabilito in ogni sua parte;
3. che alla data del 30 giugno 2023 al centro anziani risultano iscritti n. \_\_\_\_\_ soci;
4. che il centro anziani è registrato si no all'Anagrafe Strutture Socio Assistenziali (ASSA)\* in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

*(\*) L'iscrizione all'ASSA, che deve avvenire a cura del Comune, costituisce pre-requisito del Centro Anziani per partecipare al programma degli interventi. Nell'eventuale mora di tale iscrizione, i Centri Anziani possono comunque presentare ai rispettivi Distretti socio-sanitari la propria manifestazione d'interesse a beneficiare degli interventi previsti. Si raccomanda la compilazione del punto D per facilitare le verifiche tempestive da parte del distretto.*

I dati personali raccolti con la presente istanza saranno trattati nei limiti strettamente necessari all'espletamento degli adempimenti oggetto della presente procedura nei termini indicati nella manifestazione d'interesse di cui all'oggetto.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

**ALLEGA ALLA PRESENTE RICHIESTA:**

- Documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario della richiesta