

**Coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali  
inclusione sociale e lavorativa di persone affette da dipendenza patologica  
attuazione scheda 34 allegata al Piano sociale di zona di Gallipoli.**

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE LA DISPONIBILITÀ DI UNA SEDE OPERATIVA**

Al Comune di Gallipoli – Ufficio di Piano  
(capofila dell’Ambito sociale)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

con riferimento alla manifestazione di interesse e alla proposta progettuale allegata per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali di inclusione sociale e lavorativa di persone affette da dipendenza patologica, alla quale partecipa come *(segnare la voce che interessa)*

- soggetto singolo**
- capogruppo mandataria di RTI/RTS** *costituita / da costituire*

**DICHIARA**

*(segnare la voce che interessa)*

**che per l’ esecuzione della proposta progettuale ha disponibilità delle seguente sede operativa:** \_\_\_\_\_

**che per l’ esecuzione della proposta progettuale - in caso di finanziamento - ha già raggiunto intese/accordi con** \_\_\_\_\_  
**per la messa a disposizione della seguente sede operativa:**

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

***N.B.:** In caso di RTI la dichiarazione deve essere firmata dal legale rappresentante della capogruppo mandataria. Alla stessa va allegata copia del documento di identità in corso di validità del firmatario.*