



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale della Pubblica Istruzione  
Servizio Politiche Scolastiche

**POR FSE 2014/2020**

**Asse 2**

**AZIONE 9.1.2** “SERVIZI SOCIALI INNOVATIVI DI SOSTEGNO A NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI E/O A PERSONE PARTICOLARMENTE SVANTAGGIATE O OGGETTO DI DISCRIMINAZIONE [ES. ADOZIONE SOCIALE, TUTORAGGIO, MEDIAZIONE FAMILIARE E CULTURALE, “CENTRI TERRITORIALI PER LA FAMIGLIA”, PREVENZIONE DELL’ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO INTRA-FAMILIARE, E DELLA VIOLENZA]. PROGETTI DI DIFFUSIONE E SCAMBIO DI BEST PRACTICES RELATIVI AI SERVIZI PER LA FAMIGLIA ISPIRATI ANCHE AL MODELLO DELLA SUSSIDIARIETÀ CIRCOLARE”

## Avviso “PRO.DI.GI.”

PROgetti contro la Dispersione dei Giovani

### ALLEGATO 1A

#### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER BENEFICIARIO SINGOLO

Al fine di garantire maggiore celerità nella compilazione della domanda di partecipazione attraverso l'interfaccia online del SIL, si consiglia un'attenta lettura del presente facsimile che contiene le informazioni che, indicativamente, andranno successivamente imputate nei form online della domanda di partecipazione.

Si precisa che il presente modulo è reso disponibile al solo fine di semplificare la predisposizione della domanda online e che pertanto non ha alcun valore ai fini della presentazione del dossier di candidatura che va presentato esclusivamente secondo le modalità indicate nell'Avviso. Si precisa che il form on line, per motivi tecnici, potrebbe differire in alcuni punti rispetto al presente facsimile.

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

## ALLEGATO 1A - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER BENEFICIARIO SINGOLO

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

#### Dati identificativi del Rappresentante Legale/ Procuratore speciale dell'Ente del Terzo Settore (ETS) proponente

COGNOME	< Cognome dichiarante >
NOME	< Nome dichiarante >
CODICE FISCALE	<CF dichiarante>
IN QUALITA' DI (specificare)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante <input type="checkbox"/> Procuratore speciale del legale rappresentante (procura n. <N. di procura> del <Data di procura> <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
DATA DI NASCITA	< Data di nascita del dichiarante >
PROVINCIA DI NASCITA	< Provincia di nascita del dichiarante >
COMUNE DI NASCITA	< Comune di nascita del dichiarante >
SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
TELEFONO O CELLULARE	< Tel del dichiarante >
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	< E-mail del dichiarante >

#### Dati identificativi dell'ETS proponente

DENOMINAZIONE	<Denominazione ETS proponente>
CODICE FISCALE	<CF ETS proponente>
PARTITA IVA	<Partita Iva ETS proponente>
TIPOLOGIA COMPONENTE	<input type="checkbox"/> Organizzazione di Volontariato <input type="checkbox"/> Associazione di Promozione Sociale <input type="checkbox"/> Società di Mutuo Soccorso <input type="checkbox"/> Impresa sociale ivi diversa da Cooperative Sociali e i loro Consorzi <input type="checkbox"/> Cooperativa Sociale e i loro Consorzi
ISCRIZIONE IN REGISTRO/ALBO REGIONALE O NAZIONALE	<input type="checkbox"/> Registro Generale del Volontariato ai sensi della LR 13 settembre 1993, n. 39 "Disciplina dell'attività di volontariato e modifiche alla LR 25 gennaio 1988, n. 4, e LR 17 gennaio 1989, n. 3." <input type="checkbox"/> Registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale, ai sensi della LR 23 dicembre 2005, n. 23, art. 12 "Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della LR n. 4 del 1988 Riordino delle funzioni socio-assistenziali". <input type="checkbox"/> Albo istituito con LR n. 27 del 15 ottobre 1997 e alla LR n. 6 agosto 2007 "Albo delle Società di Mutuo Soccorso". <input type="checkbox"/> Registro delle Imprese in attuazione del DLGS 112/2017.

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

	<input type="checkbox"/> <b>Albo Regionale delle Cooperative Sociali e dei loro Consorzi, ai sensi della L. n. 381/1991 "Disciplina delle cooperative sociali" e della LR n. 16/97 e LR n.23 del 2005.</b>
RIFERIMENTI ISCRIZIONE, NUMERO, DATA O EVENTUALI ALTRI REGISTRI REGIONALI O NAZIONALI	<Campo testo>

**Dati identificativi della sede legale**

PROVINCIA SEDE LEGALE	< Provincia sede legale >
COMUNE SEDE LEGALE	< Comune sede legale >
INDIRIZZO SEDE LEGALE	< Indirizzo sede legale >
CAP SEDE LEGALE	< CAP sede legale >

**Dati identificativi della sede operativa**

PROVINCIA SEDE OPERATIVA	< Provincia sede operativa >
COMUNE SEDE OPERATIVA	< Comune sede operativa > Sarà possibile selezionare solo un Comune appartenente al territorio regionale della Sardegna
INDIRIZZO SEDE OPERATIVA	< Indirizzo sede operativa >
CAP SEDE OPERATIVA	< CAP sede operativa >

**Recapiti**

TELEFONO	< Telefono Soggetto >
CELLULARE	<Cellulare Soggetto >
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA	< Indirizzo posta elettronica Soggetto >
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA (PEC)	< Indirizzo PEC Soggetto >
SITO WEB	<Indirizzo sito web>

**Referente**

NOME	< Nome del Referente >
COGNOME	< Cognome del Referente >
CODICE FISCALE	< CF del Referente >
SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DATA DI NASCITA	< Data di nascita del Referente >
PROVINCIA DI NASCITA	< Provincia di nascita del Referente >
COMUNE DI NASCITA	< Comune di nascita del Referente >

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

TELEFONO/CELLULARE	< Telefono del Referente >
EMAIL	< Indirizzo posta elettronica del Referente >

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nell'ipotesi di dichiarazioni non veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000,

che i Soggetti Correlati Obbligatori (Autonomie scolastiche) sono <N. Soggetti correlati > e sono i seguenti:

**Dati identificativi del Soggetto Correlato Obbligatorio 1 (minimo 2)**

DENOMINAZIONE	<Denominazione dell'Autonomia scolastica>
CODICE MECCANOGRAFICO	<Codice Meccanografico dell'Autonomia scolastica>
COMUNE	<Comune >
CAP	<CAP >
INDIRIZZO	<Indirizzo >
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	<Partita IVA/CF>

**Dati identificativi del Soggetto Correlato Obbligatorio N**

DENOMINAZIONE	<Denominazione dell'Autonomia scolastica>
CODICE MECCANOGRAFICO	<Codice Meccanografico dell'Autonomia scolastica>
COMUNE	<Comune >
CAP	<CAP >
INDIRIZZO	<Indirizzo >
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	<Partita IVA/Codice Fiscale>

**DICHIARA INOLTRE**

Che i Soggetti Correlati Facoltativi sono i seguenti:

**Dati identificativi del Soggetto Correlato Facoltativo N**

DENOMINAZIONE	<Denominazione del Soggetto Correlato facoltativo>
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	<Partita IVA/Codice Fiscale Soggetto correlato facoltativo>
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione <input type="checkbox"/> ETF <input type="checkbox"/> Libero Professionista

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

	<input type="checkbox"/> Altro
COMUNE SEDE LEGALE	<Comune >
CAP SEDE LEGALE	<CAP >
INDIRIZZO SEDE LEGALE	<Indirizzo >

**DICHIARA INOLTRE**

che il DCT è composto dai seguenti documenti:

Il presente documento Allegato 1A – Domanda di partecipazione per beneficiario singolo	
Allegato 2 – Formulario Progettuale (incluso cronoprogramma delle attività, preventivo di spesa, profili delle figure professionali facenti parte del GdL, prospetto costo ex ante del personale).	[obbligatorio]
Allegato 3 – Dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi del DPR 445/2000 e altre dichiarazioni.	[obbligatorio]
Allegato 5 – Accordo di Collaborazione tra i Soggetti Correlati Obbligatori (Autonomie scolastiche) e l'ETS beneficiario.	[obbligatorio]
Allegato 6 – Dichiarazione di adesione e sostegno dei Soggetti Correlati Facoltativi	[non obbligatorio]
Scansione della procura (nel caso di dichiarante "Procuratore Speciale")	Da allegare a cura dell'ETS proponente solo in caso di DCT con Dichiarante "Procuratore Speciale"
Ulteriore Allegato 1	Campo opzionale per allegare ulteriori documenti
Ulteriore Allegato 2	Campo opzionale per allegare ulteriori documenti
Ulteriore Allegato 3	Campo opzionale per allegare ulteriori documenti
Assolvimento pagamento e annullamento marca da bollo	
Esente ai sensi del art. 82, comma 5 del CTS	<SI/NO>
L'imposta da bollo è stata assolta in modo virtuale?	<SI/NO>
Copia della ricevuta di versamento dell'imposta di bollo in relazione all'Avviso in oggetto	Valorizzato nel caso in cui L'imposta da bollo è stata assolta in modo virtuale? È stato popolato con SI
Allegato 7 – Modello annullamento marca da bollo	Valorizzato nel caso in cui L'imposta da bollo è stata assolta in modo virtuale? È stato popolato con NO

Che la trasmissione del dossier di candidatura avverrà nel pieno rispetto delle modalità specificate dall'Avviso.

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso PRO.DI.GI. in forma SINGOLA con la seguente proposta progettuale

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X





**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

<b>TITOLO DELLA PROPOSTA PROGETTUALE</b>	<b>&lt;Titolo della proposta progettuale&gt;</b>
<b>SINTESI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE</b>	<b>&lt;Sintesi della proposta progettuale&gt;</b>
<b>NUMERO STUDENTI CHE SI PREVEDE DI COINVOLGERE</b> (minimo 20)	<b>&lt;Inserire numero N. destinatari&gt;</b>
<b>IMPORTO DELLA SOVVENZIONE RICHIESTA €</b> (L'importo deve coincidere con quanto indicato nel preventivo allegato al Formulário progettuale)	<b>&lt;Importo della sovvenzione&gt;</b>
<b>DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO</b> (minimo 12 massimo 24 mesi)	<b>&lt;durata prevista&gt;</b>

Il dichiarante

(Firmato digitalmente)

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X