#### AZIENDA SPECIALE FARMACIA COMUNALE DI SANT’ ANGELO LODIGIANO

L’organizzazione che intende effettuare una richiesta di contributo previsto dal Bando 2019 deve consegnare il seguente modulo compilato, unitamente agli allegati indicati, entro il 25/10/2019

* presso la sede della Azienda in Sant’Angelo Lodigiano Piazza Vittorio Emanuele II n. 25;
* a mezzo pec al seguente indirizzo farmaciacomunalesantangelo@pec.it

Le informazioni e la documentazione richiesta serviranno all’ Azienda per:

* verificare la coerenza dell’Organizzazione e del Progetto con il Bando;
* verificare se sono rispettati i requisiti di ammissione.

È necessario che le informazioni fornite siano precise e complete.

|  |
| --- |
| **IMPORTO DEL PROGETTO** |

**Importo del Progetto presentato €**

**Importo del Contributo richiesto €**

Indica le principali voci di costo:

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione | Costo |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  INFORMAZIONI SULL’ORGANIZZAZIONE  |  |

**Denominazione** (per esteso ed eventuale acronimo) ……………………………………………………………..

Anno di costituzione ……………….. Codice fiscale/Partita Iva……………………………………………………..

**Sede operativa** nel territorio della provincia:

Indirizzo CAP Provincia

Telefono Fax E-Mail

**Sede legale** (se diversa dalla sede operativa):

Indirizzo CAP Provincia

Sito Web

Forma giuridica:

Iscrizione all’albo N. del

**Legale rappresentante:**

Cognome Nome

Indirizzo CAP Provincia

Telefono Fax E-Mail

Qualifica nell’Organizzazione

**Referente per la richiesta di finanziamento** (se diverso dal legale rappresentante):

Cognome Nome

Indirizzo CAP Provincia

Telefono Fax E-Mail

Qualifica nell’Organizzazione

**Breve presentazione dell’Organizzazione** (massimo 100 parole), esplicitando:

* storia
* finalità e valori
* principali programmi ed attività

|  |
| --- |
| INFORMAZIONI SUL PROGETTO |

**Titolo del Progetto:**

**Settore nel quale si realizza il Progetto:**

* cultura e arte
* tutela e valorizzazione dei beni culturali ed artistici
* istruzione ed educazione
* sociale
* artistico e tempo libero
* ricerca
* ambiente

**Beneficiari principali del Progetto:**

* minori
* giovani
* anziani
* famiglia
* disabili
* l’intera comunità
* altri

In totale, quanti si prevede che saranno i beneficiari del progetto?

**Descrizione sintetica del Progetto** esplicitando:

* descrizione del bisogno e motivazioni da cui trae origine il Progetto;
* obiettivi specifici del Progetto;
* modalità di realizzazione.

**Il Progetto è urgente rispetto al bisogno sociale? Se sì, perché?**

**Il Progetto ha caratteristiche innovative e distintive? Se Sì, Quali sono?**

Sono previste modalità che permettano una maggiore efficacia nell’utilizzo del contributo (mobilitazione di volontari, beni e servizi, sfruttamento di economie di scala, ecc.)? Se sì, quali sono?

**Il Progetto si colloca in ambiti carenti di risposte istituzionali? Se sì, specificare:**

**Come si integra il Progetto con altri servizi presenti sul territorio?**

Il Progetto fa parte di un più ampio programma di iniziative? Se sì, datene una breve descrizione:

Sono previste specifiche forme di comunicazione, di presentazione, di diffusione del Progetto e dei risultati conseguiti? Se sì, datene una breve descrizione:

Specificate entità e provenienza delle risorse finanziarie con cui viene integrato il contributo dell’Azienda

###### DOCUMENTAZIONI DA ALLEGARE

**Obbligatori:**

* statuto dell’Organizzazione
* ultimo rendiconto o bilancio consuntivo e relazione attività approvati dagli organi sociali competenti
* budget dettagliato del Progetto
* Documento d’identità legale rappresentante
* Relazione dettagliata
* documentazione che attesti l’accordo degli altri Enti coinvolti (*solo ove ricorra tale eventualità*

### attuale composizione degli organi sociali ed organigramma dell’Organizzazione

### FACOLTATIVI

### altra documentazione relativa al Progetto.

|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA DOCUMENTAZIONE |

L’Organizzazione

in persona del suo legale rappresentante

CHIEDE

Alla Azienda Speciale Farmacia Comunale di Sant’Angelo Lodigiano un contributo finanziario a sostegno del Progetto denominato …………………………. descritto nel presente modulo e relativa documentazione.

DICHIARA

di accettare integralmente quanto richiesto dal Bando in oggetto.

**RICONOSCE** che:

* l’assegnazione dei contributi avverrà ad insindacabile giudizio della Azienda, nei modi stabiliti dal Bando;
* il materiale fornito a corredo della presente richiesta non sarà restituito al richiedente;
* in tutte le forme di comunicazione, di presentazione e di diffusione previste nel progetto dovranno essere presenti i riferimenti del bando ed il logo dell’ Azienda Speciale Farmacia Comunale di Sant’Angelo Lodigiano

**DICHIARA** che:

* non esistono potenziali situazioni di conflitto di interessi con esponenti della Azienda;
* esistono potenziali situazioni di conflitto di interessi con esponenti della Azienda (in tal caso specificarne la natura)

SI IMPEGNA

fin da ora, in caso di concessione del contributo a:

* autorizzare l’effettuazione di controlli, da parte della Azienda, volta a garantire la regolare attuazione delle iniziative sovvenzionate ed il corretto impiego dei contributi concessi;
* fornire un resoconto consuntivo alla conclusione del Progetto.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto affermato nella documentazione fornita corrisponde al vero.

Data Firma (ed eventuale timbro)

Il sottoscritto autorizza il trattamento da parte della Fondazione dei dati raccolti, in conformità al Regolamento 679/16

Data Firma (ed eventuale timbro)