Spett.le:

COMUNE DI BARI

Ripartizione Servizi alla Persona

 P.zza chiurlia 27

 70122 Bari

|  |
| --- |
| MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AD ACQUISIRE PROPOSTE DI ADESIONE AL PROTOCOLLO DI INTESA TRA LA CITTÀ DI BARI E L'ASSOCIAZIONISMO CITTADINO NELL'AMBITO DEL SETTORE DELLA DISABILITÀ  |

Il sottoscritto………………………………………………………..

Nato a …………………………………il ………………………….

Residente in …………………………………………………………

Via/piazza……………………………………………………………

In qualità di \*…………………………………………………………

Della Associazione/Organizzazione….…………………………………..

Con sede in ………………………………………………………….

Con codice fiscale …………………………………………………

Con partita IVA n……………………………………………………

Consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

**DICHIARA**

Di manifestare l’interesse alla sottoscrizione del Protocollo di intesa tra la Città di Bari e l'associazionismo cittadino nell'ambito del settore della disabilità

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 445/2000,

**DICHIARA E ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

1. Di avere per oggetto sociale ……………………………………………………………………
2. di essere iscritto…………………………………………………………………………………
3. Di non trovarsi nella condizione giuridica di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione.
4. Di avere preso visione della bozza di protocollo di intesa e che intende riportare le seguenti osservazioni:

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE

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

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.