

Allegato A

Spett. **COMUNE DI DALMINE**
Ufficio Servizi Sociali
P.zza Libertà, 1
24044 Dalmine (BG)

**DOMANDA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UNA O PIU' ORGANIZZAZIONI NO PROFIT
INTERESSATA/E A ORGANIZZARE IN COLLABORAZIONE CON IL COMUNE DI
DALMINE ATTIVITA' DI SENSIBILIZZAZIONE E PROMOZIONE DEL BENESSERE
DELLE PERSONE ALL'INTERNO DELL'EVENTO "AUTUNNO STAGIONE DELLA
PREVENZIONE"**

Il/La sottoscritto/a

in qualità di legale rappresentante della Associazione:

con sede legale in Via n.

Codice Fiscale

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'individuazione di una o più organizzazioni no profit interessata/e a organizzare in collaborazione con il Comune di Dalmine attività di sensibilizzazione e promozione del benessere delle persone all'interno dell'evento "Autunno stagione della prevenzione"

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità quanto segue:

1) che l'Associazione ha per oggetto:

.....

.....

.....

.....

2) che i componenti l'organo decisionale/direttivo sono i sigg:

.....

.....

.....

3) di possedere i requisiti generali e specifici previsti nell'avviso di selezione;

4) di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni, nessuna esclusa, contenute nell'avviso di selezione;

5) di essere in grado di garantire le seguenti attività:

- ☐ Attività di prevenzione secondaria del tumore al seno attraverso ecografia e visita senologica

Breve descrizione della proposta progettuale (descrizione della modalità di gestione ed esecuzione del progetto, nonché dell'organizzazione utilizzata)

.....

.....

.....

.....

.....

Periodo	Possono essere indicate anche più disponibilità		
	Indicare data	Indicare orario	Indicare n. max di persone da visitare
I settimana di ottobre			
II settimana di ottobre			
III settimana di ottobre			
IV settimana di ottobre			

Medici coinvolti		
Cognome e nome	Specializzazione	Anni esperienza

Strumentazione che verrà messa a disposizione per le visite:

.....

.....

.....

- ☐ **Attività di prevenzione secondaria del melanoma attraverso visita dermatologica**
Breve descrizione della proposta progettuale (descrizione della modalità di gestione ed esecuzione del progetto, nonché dell'organizzazione utilizzata)
-
-
-
-
-

Periodo	Possono essere indicate anche più disponibilità		
	Indicare data	Indicare orario	Indicare n. max di persone da visitare
I settimana di ottobre			
II settimana di ottobre			
III settimana di ottobre			
IV settimana di ottobre			

Medici coinvolti		
Cognome e nome	Specializzazione	Anni esperienza

Strumentazione che verrà messa a disposizione per le visite:

.....

.....

.....

.....

☐ Attività di prevenzione per sensibilizzare sul benessere e la cura di bambini dagli zero ai sei anni

☐ prevenzione primaria

☐ prevenzione secondaria

Breve descrizione della proposta progettuale (descrizione della modalità di gestione ed esecuzione del progetto, nonché dell'organizzazione utilizzata)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Periodo	Possono essere indicate anche più disponibilità		
	Indicare data	Indicare orario	Indicare n. max di persone
I settimana di ottobre			
II settimana di ottobre			
III settimana di ottobre			
IV settimana di ottobre			

Professionisti coinvolti		
Cognome e nome	Qualifica professionale	Anni esperienza

Strumentazione che verrà messa a disposizione:

.....

.....

- ☐ Attività di sostegno alla genitorialità per poter leggere i segnali di disagio nei propri figli e trovare il giusto supporto (es. per disturbi alimentari, per isolamento sociale, ecc.), attraverso un evento pubblico con esperti della tematica

Breve descrizione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Periodo	Possono essere indicate anche più disponibilità		
	Indicare data	Indicare orario	Indicare n. max di persone
I settimana di ottobre			
II settimana di ottobre			
III settimana di ottobre			
IV settimana di ottobre			

Professionisti coinvolti		
Cognome e nome	Qualifica professionale	Anni esperienza

Strumentazione che verrà messa a disposizione:

.....

.....

Ulteriori attività aggiuntive rispetto a quelle base richieste dal bando:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indicare eventuale spesa di cui si vuole chiedere rimborso al Comune (dettagliare il tipo di spesa e l'importo – il massimo rimborsabile per singola iniziativa è € 500,00):

€ per

€ per

€ per

€ per

Indicare il nominativo del referente del progetto da poter contattare per eventuali chiarimenti o integrazioni:

cognome e nome

n. cellulare n. telefono fisso

e-mail

Allega:

- Statuto e atto costitutivo dell'associazione
- Curriculum dell'associazione
- Copia documento d'identità del legale rappresentante

Data _____

Firma _____