



Allegato 2

SCHEMA DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TAVOLI DI CO-PROGRAMMAZIONE DI CUI ALL'AVVISO DELLA SdS/ZD SENESE PUBBLICATO IN DATA 18/12/2025 -PROCEDIMENTO DI CO-PROGRAMMAZIONE FINALIZZATO ALLA PREDISPOSIZIONE

DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE/ZONA DISTRETTO SENESE

Il/la sottoscritto/a.....(generalità) In qualità di legale rappresentante di.....(indicare la forma giuridica in riferimento all'Avviso) C.F./P.IVA..... PEC.....

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare ai tavoli di co-programmazione di cui all'Avviso della SdS/ZD Senese pubblicato in data 18/12/2025 finalizzato alla predisposizione del Piano Integrato di Salute – PIS – della SdS/ZD Senese, attraverso la partecipazione attiva e propositiva degli Enti del Terzo Settore (ETS), delle realtà associative presenti nella Zona Senese, nonché delle parti sociali.

Il laboratorio di co-programmazione si articolerà su cinque tavoli corrispondenti agli indirizzi strategici (cd. assi) individuati dall'Assemblea dei Soci della SdS Senese nell'atto di indirizzo del PIS (indicare uno o più tavoli a cui si intende partecipare):

- ☐ Asse 1 – Promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio;
- ☐ Asse 2 – Integrazione socio-sanitaria e gestione della cronicità;
- ☐ Asse 3 – Salute mentale e benessere relazionale;
- ☐ Asse 4 – Famiglie, minori e comunità educanti;
- ☐ Asse 5 – Inclusione sociale e contrasto alle disuguaglianze.

Ai fini di essere ammesso alla partecipazione ad uno o più tavoli (cd. Assi) di co – programmazione

D I C H I A R A

In qualità di rappresentante legale del Soggetto partecipante e con riferimento all'Avviso di apertura del procedimento a cui si chiede di essere ammesso, consapevole che, in caso di mendace dichiarazione incorrerà nelle responsabilità penali ai sensi e per gli effetti degli articoli 46, 47 e 76 del DPR 445/2000:

- Di essere iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore.....
- Di essere in possesso dei requisiti necessari per contrattare con la Pubblica Amministrazione e non ricadere in alcuno dei motivi di esclusione di cui agli articoli 94 e s. del codice dei contratti pubblici approvato con il D.lgs. n. 36/2023.
- Descrizione delle attività svolte e della capacità operative:_____



Luogo e data

Firma del legale rappresentante

(PER GLI ALTRI SOGGETTI eventualmente AMMESSI AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, COMMA 1, LETT. b) DELLA L.R. N. 65/2020 devono dichiarare quale possa essere il proprio apporto direttamente connesso con le finalità e l'oggetto dell'Avviso)